



**Intervención multimodal del Trastorno Negativista Desafiante desde el enfoque cognitivo
Conductual: Caso único Paciente de 7 años.**

Dianis Sofía Seña Martínez, (CE: 200069205).

**Estudio de Caso Único dirigido por:
Ana Mercedes Bello Villanueva, Ph.D**

Barranquilla, 2017

**Intervención multimodal del Trastorno Negativista Desafiante desde el enfoque cognitivo
Conductual. Caso único Paciente de 7 años.**

Dianis Sofía Seña Martínez, (CE: 200069205).

**Estudio de Caso Único dirigido por:
Ana Mercedes Bello Villanueva, Ph.D**

Nota de autor:

**Dianis Sofía Seña Martínez, (CE: 200069205). Estudiante de la Maestría en Psicología
Clínica. División de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Psicología.
Fundación Universidad del Norte.**

**El presente trabajo es presentado en la asignatura Psicoterapia Avanzada IV: Adultos, de
la Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, División de humanidades y
ciencias sociales, Fundación Universidad del Norte.**

**La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Dianis Seña, Barranquilla –
Colombia, E-mail: dianissofia-sm@hotmail.com**

Contenido

Resumen.....	6
Introducción.....	7
1. Justificación	10
2. Área problemática.....	20
3. Objetivos	27
a. Objetivo General.....	27
b. Objetivos Específicos	27
4. Historia Clínica del paciente.....	28
i. Contacto inicial	28
c. Descripción sintomatológica.....	28
i. Operacionalización de la queja	28
ii. Identificación de los problemas.....	29
iii. Análisis descriptivo de los problemas.....	29
iv. Análisis Funcionales.....	32
d. Análisis Histórico	34
i. <i>Historia del problema</i>	34
ii. <i>Historia Personal</i>	37
iii. <i>Historia Familiar</i>	37
iv. <i>Historia Académica</i>	38
v. <i>Historia Socio-afectiva</i>	38

vi.	<i>Genograma</i>	39
e.	Proceso de evaluación.....	40
i.	<i>Resumen de resultados</i>	41
f.	Conceptualización diagnóstica DSM V.....	54
5.	Descripción detallada de las sesiones.....	61
	Sesión no. 4	63
	Sesión no. 5	66
	Sesión no. 6	68
	Sesión no. 7	70
	Sesión no. 8.....	70
6.	Marco conceptual de referencia.	77
	Criterios DSM V para diagnóstico del Trastorno negativista desafiante.	88
7	Análisis del caso	112
8	Conclusiones y discusión	117
	Anexos.....	137
	Anexos A. Pruebas administrada XXX.....	137

Lista de Tablas y Figuras

Lista de Tablas

Tabla 1. Análisis Funcionales Respuestas de ansiedad

Tabla 2: Análisis Funcionales Alteración del comportamiento.

Tabla 3: Áreas evaluadas – Instrumentos utilizados.

Tabla 4: Dimensiones de la Escala de Autoconcepto.

Tabla 5: Conceptualización Cognitiva J. Beck.

Tabla 6: Conductas y respuestas cognitivas y emocionales de paciente

Tabla 7: Criterios DSM V para diagnóstico del Trastorno negativista

Lista de Figuras

Figura # 1. Frecuencia semanal de aparición de respuestas de ansiedad pre-tratamiento y pos tratamiento.

Figura # 2. Frecuencia semanal de aparición de conductas disruptivas

Figura # 3. Resultados Cuestionario de crianza parental (PCRI) de la madre

Figura # 4. Resultados Cuestionario de crianza parental (PCRI) del padre.

Figura # 5. Resultados Cuestionario CDI pre y post test.

Figura # 6. Resultados IBT modificado para niños

Resumen

El objetivo de este trabajo consistió en describir la intervención multimodal del Trastorno Negativista Desafiante (TND) desde el enfoque cognitivo conductual en un paciente de 7 años para valorar la efectividad en las estrategias terapéutica. Se realizaron procesos de evaluación con el paciente, sus padres y docentes, se llevó a cabo una estrategia de evaluación multifuente y multimétodo, mediante entrevistas, escalas, registros, auto-registros, y técnicas de observación. Los resultados del proceso de evaluación indican que las inconsistencias en los estilos parentales de los padres y el mal manejo que tanto padres como docentes hacían frente a las conductas negativas del paciente, permitían el aumento y mantenimiento de las conductas, especialmente de las conductas agresivas. En general, los resultados obtenidos de la intervención realizada, muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual a partir del entrenamiento del paciente y de sus padres, aunque de manera más limitada con profesores y su grupo de clase.

Palabras Claves. Trastorno Negativista desafiante, intervención multimodal, enfoque cognitivo conductual, estilos parentales inconsistentes.

Introducción

La desobediencia y las conductas disruptivas se presentan tanto en la infancia como en la adolescencia, por lo que estas no están clasificadas como trastornos diagnósticos según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM 5), sin embargo son frecuentes en población infantil y por lo tanto requieren de intervención (Gil-Iñiguez, 2014), pero en algunos casos, debido a su frecuencia y persistencia en el tiempo se convierte en un problema.

Existen muchas circunstancias que pueden producir conductas disruptivas. La característica principal de estos diagnósticos es que presentan una serie de síntomas y signos más o menos específicos para cada una de las categorías establecidas y que se engloban bajo el epígrafe de trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta denominado anteriormente trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, como son: el trastorno negativista desafiante (TND), trastorno explosivo intermitente, el trastorno disocial (TD) o trastorno de conducta y trastorno de la personalidad antisocial, además especifica dos categorías más, tales como otro trastorno de los impulsos y de la conducta especificado y por ultimo trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no es especificado.

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se ha reconocido como una de las alteraciones psicológicas más habituales en la población, como consecuencia, es un motivo usual de consulta en atención primaria. (Montorio, Izal y Cabrera, citado por Caballo, Salazar & Carrobes, 2011).

Este es el trastorno del comportamiento más frecuente en niños y adolescentes y es una de las principales causas de consulta a servicios médicos en esta población. Los síntomas usualmente inician al finalizar la edad preescolar e inicios de la escolar, aunque el rango de edad está entre los 7 y los 13 años (Brazier, 2010).

Según Barkley y Benton (2000), el término “desafiante” o Trastorno Negativista Desafiante (TND) hace referencia a aquel comportamiento en que el niño exhibe resistencia física o verbal para la realización de alguna actividad, lanza cosas o las rompe, interrumpe conversaciones, molesta a los compañeros y puede presentar agresión física contra los padres, profesores u otros adultos. Diferencia a este tipo de conducta de aquella identificada como “no complaciente” o “desobediente”, la cual es una forma pasiva de comportamiento para evitar acatar las órdenes o reglas.

El diagnóstico del TND es complejo, pues aunque puede ser distinguido del comportamiento normal, las conductas propias de este trastorno son esperadas en ciertas etapas del desarrollo del niño. Por esto, algunos investigadores coinciden en señalar que el diagnóstico TND debe darse si: a) los comportamientos no hacen parte de algunas etapas del desarrollo del niño; y b) cuando son severos contrastados con los esperables para su estadio evolutivo, representando un comportamiento más problemático que la oposicionalidad normativa (Skovgaard, Houmann, Landorph y Christiansen, 2004). La principal característica de este trastorno es un patrón frecuente y persistente del estado de ánimo enfadado/ irritable, comportamiento discutiendo/desafiante, o deseo de venganza (DSM-5, 2013).

En este documento se sustenta un Estudio de Caso Único de un niño de 7 años diagnosticado según los criterios del DSM-V con 313. 91 (F91.9) Trastorno negativista desafiante (TND). La unidad de análisis para este estudio, hace énfasis en la descripción de la intervención multimodal, dada la efectividad y reconocimiento que dicho enfoque en el tratamiento de esta problemática.

Con respecto a los objetivos del presente estudio, cabe mencionar que a partir de este se busca describir la intervención multimodal en el Trastorno Negativista Desafiante (TND) realizada desde el enfoque cognitivo Conductual, a fin de valorar su efectividad, y determinar la influencia que tienen los estilos parentales inconsistentes en su desarrollo, a través del análisis de las estrategias terapéuticas implementadas. De igual forma se hizo oportuno dicho estudio debido a que, fortalecería un marco teórico específico con relación a la efectividad de las intervenciones multimodales, estilos parentales, la autorregulación emocional y su relación con el TND.

De esta forma, se mostrará la necesidad de manejar desde el enfoque Cognitivo Conductual un proceso de intervención, que contribuya al establecimiento de estrategias que vayan enfocadas hacia aspectos que permitan el mejoramiento continuo y permanente de casos que se presenten posteriormente de Trastornos Negativistas Desafiantes.

De igual forma, se revisaran los objetivos, hipótesis y análisis del caso clínico, y por último se realizará una discusión y conclusión del proceso de investigación del caso clínico.

1. Justificación

Los trastornos del comportamiento representan un frecuente y grave problema en la sociedad actual y generalmente producen alteraciones familiares y problemas en el ámbito escolar de importante relevancia. Entre estos trastornos se encuentra el Trastorno Negativista Desafiante, el cual es uno de los trastornos externalizantes más comunes en la infancia (Montorio, Izal y Cabrera, citado por Caballo, Salazar & Carroble, 2011).

Si bien es cierto, cada vez es más frecuente que los padres soliciten apoyo psicológico debido a alteraciones en el comportamiento de sus hijos, sin embargo, el niño en ocasiones puede sentir desconcierto o incluso culpa referida a algo de su comportamiento, pero raramente entiende que se trata de un problema psicológico personal. Por lo general son los padres quienes solicitan consultar y también ellos quienes traen al niño a consulta, es decir, son ellos quienes autorizan que el psicólogo intervenga a su hijo (Martínez, 2006).

Los trastornos del comportamiento están suscitando un interés creciente en distintos ámbitos debido a su elevada frecuencia y a la importancia del diagnóstico oportuno, dado que cuando se llega al periodo de la adolescencia la situación es de mayor complejidad debido a que las conductas y las dinámicas familiares ya están muy arraigadas, las conductas de riesgo suelen haber aparecido, por lo cual es mucho más difícil generar cambios frente a la problemática. Los individuos que presentan Trastorno Negativista Desafiante, con frecuencia experimentan diversos conflictos con sus padres, profesores, grupo de pares e incluso con su pareja al llegar a la adultez.

Estos conflictos generan alteraciones significativas en la adaptación emocional, social, académica o laboral (APA, 2013).

Antes de continuar y con el objetivo de lograr una comprensión acerca de los estudios de caso único, cabe citar a Kazdin (2001). Este autor describe un universo metodológico definido por dos extremos: en uno, sitúa a los estudios de caso no controlados como son los reportes narrativos del terapeuta, intervenciones no documentadas y descripciones subjetivas; sin control de las variables intervinientes. En el otro extremo se encuentran los diseños experimentales de caso único que presentan medidas que apuntan a la disminución de las amenazas a la validez interna, ejerciendo un estricto control de las variables participantes en el estudio y apuntando a establecer relaciones de orden causal.

En ambos casos se comparte el hecho de que el objeto de investigación es único, un individuo, una intervención terapéutica determinada, un único caso, un paciente, una problemática, en este caso la problemática corresponden al Trastorno Negativista Desafiante.

Según Kratochwill, Mott y Dodson (1989), dentro de los dos principales usos que se les da a los diseños observacionales de caso único en Psicología clínica, se encuentran:

1. Los estudios de caso de evaluación diagnóstica. El objetivo principal es brindar ejemplos de aplicación de instrumentos (generalmente psicométricos) que permitan realizar un diagnóstico o medir un resultado. Están diseñados para explicar aspectos

de un caso, indicando de forma precisa y detallada la modalidad de evaluación utilizada.

2. Los estudio de caso de intervención terapéutica. Dentro de los cuales, el objetivo se enfoca en la descripción de un trastorno clínico o la evaluación de los efectos de un tratamiento específico, no haciendo énfasis en la forma de evaluación sino en las características del caso o en los resultados obtenidos, como sería el presente caso.

Ahora bien, haciendo una descripción de la conducta desafiante y de oposición de inicio temprano, se encuentra que esta suele ser persistente y puede ir asociada a diferentes tipos de patología infantil y adolescencial. En la adolescencia y posterior vida adulta, el niño con antecedentes negativistas u opositoristas es un claro candidato a desarrollar un trastorno de la personalidad antisocial si no conseguimos regular antes estas manifestaciones de manera oportuna.

En definitiva, siguiendo a algunos autores (Barkley, 1.997): “La presencia de conducta desafiante por oposición, o agresión social, en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos que el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado.”

Por todo ello, no se trata de un trastorno más, sino uno de los problemas de conducta clínicos más serios en niños. De no abordarse de forma rigurosa y eficaz, puede llevar a quien lo presente a múltiples problemas sociales, legales y de marginaciones.

Por otro lado, otras investigaciones abogan que en una proporción significativa de casos el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial. La investigación del TND que se inicia en la etapa infantil y en la adolescencia conlleva a considerar el origen de la agresividad y la violencia, asociado a situaciones ambientales y sociofamiliares. Estos comportamientos violentos se prolongan, y muchas veces se consolidan, durante la etapa de la adolescencia, y finalmente se concretan en la edad adulta en un trastorno de personalidad antisocial (Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008).

Los estudios que se han llevado a cabo durante un largo tiempo han reconocido factores de riesgo que causan que en la mitad de los casos los trastornos comportamentales en la infancia puedan evolucionar en la edad adulta de forma negativa, así como factores protectores que adecuadamente fortalecidos pueden presumir una buena técnica para prevenir estos problemas (Alvarez y Vargas, 2002, Weissman, Fendrich, Warner y Wickramaratne, 1992).

Según los planteamientos de Angold et al, 1998, se establecen dos conceptos en relación al impacto y a las posibles consecuencias que la sintomatología de los trastornos psicológicos genera en los niños, el primero de estos es la afectación funcional, la cual hace referencia a los efectos de los síntomas en el cumplimiento cotidiano del niño en sus funciones vitales (Ustun y Chatterji, 1997) y el segundo concepto es la carga familiar, que guarda relación con los efectos negativos de la sintomatología que tiene el niño que padece el trastorno en sus familiares (Angold et al, 1998).

Según una investigación realizada por Bauermeister et al, 2010, con una muestra total de 568 niños de 12 años, sostienen que El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se asocia con un impacto negativo en la vida social de la familia, específicamente en la responsabilidad económica, en las interacciones escolares, en las relaciones de pareja y en las relaciones con los hermanos. En esta investigación, la sintomatología del TND se asocia con un impacto en el estrés global en relación con la crianza.

Con relación a la prevalencia, se considera que el TND es uno de los trastornos de mayor frecuencia de la edad preescolar hasta la vida adulta (Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007). De manera puntual, en los años preescolares las prevalencias se ubican entre 6,6% y 13,4 (Bufferd, Dougherty, Carlson y Klein, 2011; Espeleta, de la Osa y Doménech, 2014; Lavigne, LeBailly, Hopkins, Gouze y Binns, 2009) y se considera que la prevalencia a lo largo de la vida es del 10,2% (hombres=11,2%, mujeres=9,2%) (Nock et al., 2007).

Por otro lado, en algunos casos el TND puede presentar comorbilidad con múltiples trastornos que generan mayor deterioro en el paciente al igual que en los entornos donde se desenvuelve, en este sentido, según el DSM -5 se encuentra que el TND presenta una alta tasa de comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), además se acompaña de una variada comorbilidad sucesiva (Trastorno de Conducta (TC), ansiedad, depresión, trastornos del control de los impulsos, abusos de sustancias) (Maughan et al., 2004), perseverante en el tiempo (Copeland, Shanahan, Costello, y Angold, 2009), se asocia con mayor riesgo de suicidio que la población general, aun cuando se interviene la comorbilidad (APA, 2013), se considera un factor predisponente de depresión en la vida adulta (Copeland et al., 2009)

y se asocia a efectos adversos a largo plazo (delincuencia, abuso de sustancias y abandono escolar) (Silver, Measelle, Armstrong, y Essex, 2010). A mayor inicio en edades tempranas y a mayor comorbilidad, aumenta su persistencia (Nock et al., 2007).

Kolko y Pardini (2010) llegan a la conclusión de que los niños con TND que frecuentemente contradicen, presentan actitud desafiante y características relacionadas con conductas de venganza son más propensos a desarrollar un Trastorno de Conducta (TC) en la adolescencia, en tanto que aquellos que presentan sintomatología de irritabilidad y rabia muestran mayor riesgo de desencadenar trastornos emocionales.

Por lo tanto, se deben diseñar políticas de intervención temprana que involucren transversalmente tanto al sector salud como al educativo, es decir, que se requiere de un trabajo interdisciplinario, a fin de obtener mejores resultados, según esta encuesta, estas políticas deberían exigir que todo niño o niña que presente síntomas conlleven al desarrollo de un trastorno mental sea considerado de manera especial respecto con relación al acceso a tratamientos y estrategias de prevención primaria y secundaria que puedan ser aplicadas en su contexto escolar y no limiten su desarrollo . (ENSM, 2015)

Se debe garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas con trastornos mentales y establecer estrategias protectoras en contra de la discriminación, la exclusión, el maltrato y la negligencia. Especial atención se deberá proveer al derecho y el acceso al sistema educativo. Basados en el principio de la prevalencia de derechos de los niños, es necesario propiciar un sistema especial de notificación y sistematización de niños y niñas con

diagnósticos de trastornos mentales que promuevan una política de inclusión al sistema educativo y garanticen la cobertura de los servicios de salud. De esta manera, los principales trastornos de los niños y las niñas deben ser atendidos de manera coordinada e integral.

A partir de todos estos planteamientos, es importante poder hacer un diagnóstico oportuno del trastorno, sustentado en un proceso de evaluación integral en el que se abarque el entorno familiar, escolar e individual y que de igual manera el proceso de intervención este dirigido a estos tres contextos.

Además, teniendo en cuenta la frecuencia y las consecuencias asociadas al Trastorno Negativista Desafiante es importante que la comunidad académica en el ámbito clínico tenga manejo de las investigaciones realizadas frente a este trastorno, de tal manera que se puedan realizar intervenciones rigurosas, fundamentadas en datos científicos a fin de garantizar la efectividad del plan de intervención que se establezca según cada caso. Además de esto, fomenta el análisis para la comprensión del TND en la actualidad, proporcionando herramientas y conceptos teóricos, que ayuden a entender o solucionar el problema de manera acertada.

El presente estudio de caso propone un análisis y comprensión del TND desde el enfoque cognitivo conductual, permitiendo que quienes lo revisen debatan ideas, analicen, investiguen y lleguen a sus propias conclusiones, sobre la eficacia de la intervención multimodal, adquiriendo de este modo nuevos conocimientos y el desarrollo de habilidades para una evaluación crítica sobre la intervención para casos similares.

Por lo anterior el presente caso, permite brindarle a la comunidad científica terapéutica un panorama y estrategias de intervención a nivel multimodal en lo relacionado con el Trastorno Negativista Desafiante, de esta manera, se beneficiaría ya que los resultados que arroje contribuirían al mejoramiento de los planteamientos teóricos existentes o de otro modo a modificarlos si fuese necesario, lo cual también es un beneficio para la comunidad académica, ya que le brinda insumos a los estudiantes de maestría para el diseño de un abordaje terapéutico en casos similares, además aporta a mejorar la efectividad en la intervención desde el modelo cognitivo conductual, frente a casos de trastorno negativista desafiante, permitiendo entender más cerca la problemática y la dinámica de la misma.

El presente estudio de caso se configura como una fuente de investigación en el área de la práctica clínica, contribuyendo a tener referencias actuales frente al TND, aportando a responder el cómo y el por qué, se origina dicho trastorno. Permite comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, es un estudio desde el cual se combinan distintos métodos para la recogida de evidencia tanto cualitativa como cuantitativa que puede aportar a describir, confirmar o crear una nueva teoría frente al Trastorno negativista Desafiante.

El actual estudio de caso desempeña un papel importante en el área de la investigación ya que permite obtener un conocimiento significativo sobre la problemática planteada y generar nuevos planteamientos teóricos, de igual forma permite descartar o confirmar teorías. Además de lo anterior aporta a realizar un diagnóstico más acertado y ofrecer una intervención adecuada para este tipo de casos. Al ser el TND una de los trastornos con mayor prevalencia, según la ENSM 2015, es importante que se favorezca la investigación de esta temática a fin de que se genere un

mayor reconocimiento y la atención adecuada de este tipo de casos, desde el primer nivel de atención.

Se puede además que el presente estudio de caso es una herramienta útil para ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades, variables y fuentes, ya que a partir de una intervención multimodal se puede analizar la problemática del TND, determinar el mejor método de análisis así como las diferentes alternativas o cursos de acción para intervenirlo; es decir, cuenta con información que permite estudiarlo desde diferentes ángulos; y finalmente, tomar decisiones objetivas y factibles.

En este orden, el presente estudio tiene un impacto social, ya que podría contribuir a prevenir el desarrollo de otras patologías que incurran en conductas antisociales a partir de la intervención oportuna del trastorno, emitiendo una alerta sobre la importancia de la prevención del desarrollo de trastornos mentales de mayor complejidad, que pueden derivar en actos violentos se pueden prolongar y arraigar en la adolescencia, y finalmente derivar en comportamientos delictivos y de violación de los derechos de otros.

Por otro lado en el contexto escolar, le brinda a los docentes la oportunidad de aprender pautas y estrategias educativas para el manejo en el aula, que les permitan establecer normas y rutinas a través de la implementación de técnicas operantes y el manejo de contingencias aprendidas, lo que facilita de manera general los procesos de enseñanza aprendizaje dentro y fuera del aula, ya que de manera general la interacción entre los niños se verá positivamente afectada.

En el contexto familiar, el presente estudio le permite a los padres fortalecer sus habilidades parentales, lo cual implica enriquecimiento de las habilidades para comunicar correctamente sentimientos, emociones o pensamientos, además les permite ejercer la autoridad con respeto y cariño, dentro de un marco que a sus hijos les da seguridad y les permite actuar con confianza, todos elementos aportan al establecimiento de un vínculo afectivo sano. Cabe mencionar que el apoyo es una dimensión básica vital para conseguir las funciones de socialización de los hijos (Parker, 1979; Musitu y Allatt, 1994; Musitu y Lila, 1993, citado en Roa y Del Barrio, 2001), la cual se identifica con bajos niveles de castigo físico, la utilización del razonamiento por parte de ambos padres, la buena comunicación y la adecuada expresión de las emociones durante las interacciones padres-hijo (Becker, Peterson, Luria, Shoemaker y Hellmer, 1962, citado en Roa y Del Barrio, 2001), factores frente a los cuales mediante el presente trabajo se busca sensibilizar a los padres a fin de que tengan una crianza efectiva.

Complementado lo anterior, el sujeto estudiado en este caso es un paciente con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante también se vería beneficiado, primeramente con el análisis funcional de los problemas que presenta y segundo, gracias a dicho análisis, recibirá una intervención personalizada según sus necesidades, que se oriente a la disminución de los signos y síntomas presentados, contribuyendo a un mejoramiento significativo en su salud mental, permitiéndole una mejor interacción en los diferentes contextos donde interactúa, previniendo de esta manera que se instauren problemáticas de mayor complejidad.

2. Área problemática

En la práctica clínica es común atender a padres que preocupados refieren que no saben cómo manejar los problemas de conducta de sus hijos, reflejando altos niveles de estrés y en ocasiones se muestran desesperanzados ya que sienten que han hecho todo lo que como padres les es posible. A esta situación se le suma que tanto familiares, como amigos e incluso docentes se quejan con frecuencia del comportamiento del niño o niña, describiéndolo como “malcriado”, “mal educado” o “consentido”, desconociendo las verdaderas causas de su dificultad.

Los padres en ocasiones son conscientes que no sus estilos parentales no están siendo tan efectivos, aceptando que recurren a los gritos, castigo físico, expresiones negativas hacia el niño, sin obtener ningún resultado positivo, como es de esperarse, lo cual termina generándoles sentimientos de culpa, tristeza, angustia, ya que se evalúan como incompetentes en la educación y en el manejo conductual de sus hijos, lo que agrava aún más la problemática. Cabe resaltar que el exceso de trabajo el tiempo que comparten con sus hijos se ve limitado, por lo que el niño debe quedar al cuidado de terceras personas. En este orden de ideas es vital citar que las experiencias de la niñez condicionan la vida de los seres humanos. Uno de los factores que ha tenido mayor incidencia en el aumento de niños con problemas de conducta ha sido la crisis que se ha dado en distintos ámbitos de la sociedad.

Las conductas negativistas, opositoristas y desafiantes son consecuencia de varios factores asociados, de tipo biológico, psicológico y social (Liu, 2004; Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008; Steiner y Remsing, 2007; Teetere y Semrud, 2007). Sin duda alguna, una de las causas más

frecuentes de estas conductas es la falta de un método adecuado en el manejo del niño o niña por parte de sus padres o profesores. Ante una educación en la que no interviene la educación de la capacidad de frustración, la expresión adecuada de las emociones, los niños crecen sin la conciencia adecuada del respeto por las normas y la propia autoridad de los padres.

Como se ha presentado en la introducción del estudio, el TND se configura como uno de los trastornos de mayor frecuencia de la edad preescolar hasta la vida adulta (Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007), la prevalencia del mismo en la población oscila entre 6,6% y 13,4 (Bufferd, Dougherty, Carlson y Klein, 2011; Espeleta, de la Osa y Doménech, 2014; Lavigne, LeBailly, Hopkins, Gouze y Binns, 2009), siendo más frecuente en los niños (11,2%,) que en las niñas (9,2%). (Nock et al., 2007).

El trastorno se caracteriza por un comportamiento negativista, hostil, con resentimiento e intimidación, y la tendencia a culpar y desobedecer normas sociales (De la Osa-Langreo, Mulas, Téllez de Meneses, Gandía y Mattos, 2007), conductas estas que requieren de una intervención que pueda abordar el entorno familiar, escolar y a la vez desarrollar un trabajo individual con el paciente. La característica esencial de este trastorno es un patrón frecuente y persistente del estado de ánimo enfadado/ irritable, comportamiento discutiador/desafiante, o deseo de venganza (DSM-5, 2013). La Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, sostiene que dentro de las características clínicas del TND se encuentran en primer lugar, la presencia de un patrón anormal de comportamientos que incluyen actitud vengativa, describe también comportamientos negativistas (de desobediencia), agresivos y hostiles, pero sin la presencia de irrespeto a las normas, ni la vulneración de los derechos de los demás, (a diferencia del trastorno de la

conducta). Los niños y adolescentes con este trastorno exhiben a los adultos un patrón de conductas recurrentes negativistas, de argumentación, de oposición y desafío. La desobediencia, las conductas vengativas y la hostilidad hacia las figuras de autoridad generan problemas en la funcionalidad social, familiar y académica (DSM -5). Este es el trastorno del comportamiento más frecuente en niños y adolescentes y es una de las principales causas de consulta a servicios médicos en niños y adolescentes. Los síntomas usualmente inician al finalizar la edad preescolar e inicios de la escolar, aunque el rango de edad está entre los 7 y los 13 años (Nock, Kazdin, Hiripi, Kessler, 2007). Con respecto a los factores asociados a este trastorno, la encuesta de Salud Mental del 2015, menciona que dentro de la literatura se describen, dificultades con pautas de crianza, tensión o conflictos de familia, factores biológicos: antecedentes familiares de depresión, ansiedad o del aprendizaje, habitar en contextos con: alto índice de criminalidad y delincuencia, problemas económicos y hacinamiento. Según los resultados de la encuesta en mención, son el TND y el TC los que prevalencias más alta en los niños.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) del año 2015 realizada en Colombia, se sugiere que la población infantil de la muestra seleccionada (7 a 11 años) presenta una prevalencia general de trastornos mentales de comienzo habitual en la infancia cercana al 5%. Si consideramos que es la primera vez que una investigación de campo incluye diagnósticos e indaga puntualmente este rango de edad, resulta determinante generar una alerta frente al hecho del aumento de los síntomas con el paso del tiempo y el desarrollo. La primera conclusión es que 5 de cada 100 de los evaluados entre 7 y 11 años ya presenta un trastorno mental, que sin duda, progresará y se complicará con la edad. Esto se configura como un reto para el sector salud: detectar estos niños antes de los 7 años puede disminuir a futuro estas

cifras; pero tratar a tiempo los ya encontrados va a disminuir su ya alta comorbilidad y el costo de su enfermedad y secuelas.

Con respecto a la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2003 se encontró que el TND, tuvo una edad media de aparición de 10 años, donde la prevalencia del trastorno fue de 4.9% para el caso de los hombres y de 2.2% para el caso de las mujeres. Mientras que en la encuesta del año 2015, se presenta la prevalencia de del TND en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, donde la prevalencia para el sexo masculino fue de 0,6% y para el sexo femenino de 0,3%, manteniéndose mayor prevalencia en hombres que en mujeres, sin embargo la encuesta aclara que estas cifras son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20 %, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Según reportan los profesores, los niños con diagnóstico de TND, tienen serios problemas de adaptabilidad, ya que por lo general presentan significativamente peores resultados académicos tanto a nivel global, como en áreas específicas tales como lectura, matemáticas y expresión escrita y peor conducta en clase, bajos niveles de respeto a normas, agresiones físicas y verbales a compañeros, pocas destrezas organizativas, baja realización de tareas académicas y frecuentes interrupciones de clase, lo que termina afectando el desempeño de todo el salón de clases.

Con relación a las problemáticas asociadas, algunos autores sostienen que la presencia de la conducta desafiante por oposición o agresión social en niños es la psicopatología infantil

más estable a lo largo del desarrollo, actuando como el factor predictor más característico de un extenso conjunto de riesgos académicos y sociales negativos, en comparación del resto de las otras formas de comportamiento infantil desadaptativo (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1997). Otros estudios sustentan que en una proporción significativa de casos el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial (Álvarez y Vargas, 2002, Weissman, Fendrich, Warner y Wickramaratne, 1992), además de esto, todas estas conductas en niños menores se relacionan con trastornos internalizantes y externalizantes, y predicen otros trastornos a largo plazo, tales como depresión, TDAH y Trastorno de Conducta (Gadow y Noan, 2002, Mason, et al., 2004).

El diagnóstico del TND suele realizarse en la edad escolar, durante la primaria, aunque al obtener la información de la historia resulta posible verificar la presencia de algunas manifestaciones en la edad preescolar. Los síntomas aparecen inicialmente en el entorno familiar, generalizándose en la escuela y lugares públicos. No obstante, el diagnóstico oportuno es esencial ya que las formas tempranas de TND pueden ser predictivas, sin tratamiento, de otros problemas posteriores en la vida, tales como consumo de sustancias, delincuencia juvenil y criminalidad adulta.

Con respecto a la relación entre los estilos parentales y el TND, varias investigaciones han llevado a revelar que durante el desarrollo algunos niños manifiestan una pobre estructura de apego hacia sus padres, este tipo de atención funciona como un refuerzo negativo, los padres no reprenden las conductas erróneas de sus hijos, más bien complacen todos los deseos por sus berrinches (Portugal y Araúxo, 2004). Cuando empieza a existir escasas estructuras de apego es

cuando el niño, niña y adolescente empieza a desarrollar habilidades autónomas; la falta de apego, inconsistencia en estilos de crianza, mala disciplina trae consigo que ellos crezcan de una manera hostil. El apego inseguro puede representar un factor de alto riesgo, aunque no es una causa específica para que se dé el trastorno negativista desafiante.

Por su parte, las escuelas son responsables de una parte de la formación de los niños y niñas, los modelos de violencia dentro de estos pueden provocar un impacto negativo en los comportamientos sociales (Torres y Velásquez, 2008). La escuela actúa como un factor significativo que favorece el reforzamiento de las conductas negativas desafiantes en los niños, es aquí donde surgen diferentes conductas que influyen directa e indirectamente en la aparición de nuevas conductas.

A pesar de que las escuelas actualmente se encuentran modernizadas, continúan desempeñando en su mayoría las funciones antiguas, de transmitir al niño el conocimiento y las habilidades para desempeñarse influyendo en el desarrollo de su personalidad (Carstairs, 1984). Es evidente que la educación ha avanzado al ritmo de la sociedad, sin embargo su sistema educativo no ha recurrido a nuevas estrategias para modificar el comportamiento del niño y no siempre cuentan con profesiones capacitados para abordar este tipo de problemáticas.

La escuela tiene incidencia en el niño no únicamente en razón del tiempo en el que él permanece en ella sino también por la función de modelado de las conductas sociales (Rodriguez, 2009). El tiempo que el niño dura en la institución es un factor primordial para la formación y el

forjamiento del comportamiento, pero se debe tener en cuenta que las interacciones que sostiene en el ámbito escolar son de vital importancia ya que adquiere las conductas de sus compañeros.

Sin duda, los trastornos del comportamiento, entre estos el trastorno negativista desafiante, representan un frecuente problema en la sociedad actual que provocan desajustes familiares y dificultades escolares (Enrique Emberley & Manuel Pelegrina, 2011). Actualmente el trastorno negativista desafiante posee una importancia significativa en todos los ámbitos en el que interactúa el niño, imposibilitando que puedan tener un desempeño óptimo. (Patricia Frola & Jesús Velásquez, 2011).

3. Objetivos

a. Objetivo General

Describir la intervención multimodal del Trastorno Negativista Desafiante desde el enfoque cognitivo Conductual en un paciente de 7 años para valorar la efectividad en las estrategias terapéuticas.

b. Objetivos Específicos

1. Evaluar el diseño de intervención multimodal del enfoque cognitivo conductual, a nivel familiar, escolar e individual a partir del análisis de las estrategias aplicadas según del caso.
2. Determinar la influencia de los estilos parentales inconsistentes en el desarrollo del Trastorno Negativista Desafiante con el fin de generar intervenciones psicopedagógicas eficientes de acuerdo con las prácticas de crianza que los padres ejercen en los niños.
3. Identificar la relación existente entre la habilidad de auto regulación emocional y el desarrollo del trastorno negativista desafiante a través de la articulación del análisis teórico y la conceptualización del caso para mejorar la efectividad en la intervención.

4. Historia Clínica del paciente

a. Identificación

Nombre: S.P.M

Edad: 7 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Primer grado de básica primaria.

b. Motivo de consulta

Paciente: “Estoy aquí porque me porto mal”.

Padres: “El niño está siendo agresivo en el colegio, agrede a los compañeros, en clases se distrae, ha hecho triángulos en fila en las cuadernos, raya las hojas, le cuesta reconocer errores y no asume responsabilidades”.

i. Contacto inicial.

El paciente llega en compañía de ambos padres, todos tienen una adecuada presentación personal, los padres se muestran colaboradores y receptivos, el paciente no sostiene contacto visual al saludarlo, se muestra inquieto e interesado por jugar y se concentra en tal actividad.

c. Descripción sintomatológica

i. Operacionalización de la queja

Aspecto cognitivo: “Me porto mal” “Le pegue a una niña porque estaba dormida”, “Me enoja que me quiten mis juguetes” “Mis profesoras no me dejan jugar” “Un amigo del colegio me dijo que los zombies van a llegar a las 12 de la noche y me van a llevar”

Madre: “No reconoce los errores que comete, le cuesta asumir la responsabilidad de sus errores y disculparse” “Es muy difícil que exprese lo que piensa y siente”

Aspecto afectivo: Irritabilidad, enojo, miedo

Aspecto conductual: agresión, gritos, inatención en clases, no sigue instrucciones, molesta a sus compañeros, peleas con otros niños, conductas desafiantes, inquietud motora, llanto, pataletas, impulsividad, desobediencia.

Aspecto fisiológico: Insomnio

Aspecto relacional: El paciente presenta dificultades en las relaciones con grupo de pares, principalmente en el contexto escolar, su interacción con los docentes también se ha visto deteriorada por la dificultad que presenta para seguir instrucciones y sostener su atención. Además de esto la relación con los padres también presenta dificultades, dado que no existe un establecimiento adecuado de normas y límites y por parte de esto y a que el niño se muestra desafiante cuando le dan órdenes.

Aspecto contextual: El problema se presenta principalmente en la escuela y en casa.

ii. Identificación de los problemas

Análisis Descriptivo del Problema: **P1: RESPUESTAS DE ANSIEDAD Y P2: ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO**

iii. Análisis descriptivo de los problemas.

P1: Respuestas de ansiedad.

Las respuestas de ansiedad del paciente incluyen síntomas cognitivos, dados por pensamientos reiterativos de “Los zombis me van a llevar a las 12 de la noche”, “El diablo si existe”, los cuales generan pesadillas repetidas relacionadas con estos aspectos, y síntomas somáticos tales como insomnio, los padres informan que el niño presenta dificultades a la hora de dormir, se niega a quedarse solo en su habitación, requiere la presencia al menos de uno de sus padres antes de dormir, ha presentado despertares frecuentes en horas de la madrugada dirigiéndose a la habitación de sus padres . Esta situación se presenta casi todos los días, las respuestas de ansiedad los padres la califican en una intensidad aproximada de 6 y una magnitud de 15 minutos, tiempo aproximado en el que se queda dormido.

Los padres refieren que ha habido un aumento de la atención hacia la conducta del niño, y se han cambiado en éste algunas rutinas y hábitos a la hora de dormir tales como: petición de acostarse más tarde, dormir con una lámpara encendida, deseos de que lo acompañen a dormir. Los padres también han optado por cambiar sus hábitos de sueño, permitiendo que el niño se traslade a la habitación de ellos para dormir juntos o trasladarse ellos a la habitación del niño para acompañarlo hasta que se duerma.

P2: Alteración del comportamiento.

A partir de la entrevista con los padres, la madre informa que las conductas disruptivas del paciente se están presentando desde el mes de febrero del año 2016 S.P, desde entonces el niño muestra un comportamiento muy diferente al que normalmente tenía, tanto en el ámbito escolar como en el familiar. En la escuela presenta conductas agresivas hacia algunos

compañeros de clase a quienes ha empujado, en una oportunidad le pego fuerte a una compañera en la espalda, el niño agrega “Lo hice porque estaba dormida”, en tres oportunidades le ha roto a un compañero de clases, una hoja en la que tiene su rutina de actividades, la madre agrega “No reconoce los errores que comete, le cuesta asumir la responsabilidad de sus errores y disculparse” “Es muy difícil que exprese lo que piensa y siente”, menciona además que el niño desobedece de manera reiterada a los profesores, en ocasiones responde de manera desafiante, durante las clases es inatento, se niega a escribir, presenta inquietud motora, los profesores le llaman la atención con frecuencia, al menos de tres a 4 veces se levanta de su puesto y molesta a los compañeros, el niño explica que esto se debe porque le colocan apodos y que eso lo enoja, durante las clases quiere usar sus juguetes y se enoja cuando la profesora se los quita, en una oportunidad le arrugo una hoja a un compañero y la tiro al piso, el niño expresa “Pensé que era mi dibujo, por eso lo arrugue”, debido a esta situación, al menos tres veces por semana, la tutora de S.P se pone en contacto con la madre por medio de notas para informarle de los comportamientos negativos que ha tenido y de las quejas de otros profesores. En la entrevista realizada a la tutora del grupo, agrega que el niño hace uso de violencia verbal mediante gritos además de amenazas hacia sus iguales, como por ejemplo “Te voy a cortar con las tijeras”, cuando no le gusta lo que un compañero está haciendo, esto provocan alteraciones en el desarrollo de las clases .

Con relación a las conductas disruptivas en casa, estas se manifiestan mediante la desobediencia que S.P presenta de manera reiterada ante las instrucciones que se le dan, el niño se niega a realizar lo que se le indica, no mira a los ojos cuando le hablan, la mayoría de las veces deben darle las instrucciones de 3 a 4 veces requiriendo cada vez un tono de voz más fuerte hasta

que realiza la orden que se le da, sin embargo al ejecutarla se muestra irritable y requiere el direccionamiento constante para que finalice las actividades.

Cuando S.P se encuentra ante situaciones en las que su madre, padre o abuelos, le indican el cumplimiento de sus obligaciones, específicamente organizar sus juguetes y hacer sus tareas escolares, inicia pataletas, mostrándose molesto, cruza los brazos, baja la cabeza, se niega a hacer lo que se le ordena y en ocasiones recurre al llanto.

Las conductas desobedientes se presentan aproximadamente 4 veces a la semana, principalmente a la hora de hacer tareas escolares, las respuesta de enojo presentan una intensidad en promedio de 8 y una magnitud de 15 a 20 minutos. Estos comportamientos disruptivos disminuyen los fines de semana y durante periodos de vacaciones.

iv. Análisis Funcionales

P1: Respuestas de ansiedad

Tabla 1.

SITUACION	RESPUESTA	CONSECUENCIA
Llega la hora de dormir, el niño se queja por temor a dormir solo,	Cognitiva: «No quiero dormir solo» «Tengo miedo» Afectiva-Emocional: Miedo, ansiedad Psicofisiológica: Tensión muscular Motora: Conductas de llanto	Los padres le muestran comprensión, lo acompañaban a la cama, se quedaban un rato con él expresándoles “No te preocupes, ya te dormirás” Refuerzo Negativo (R-)

El niño se despierta y se va al cuarto de los padres.	Cognitiva: «No quiero dormir solo» Afectiva-Emocional: Miedo, ansiedad Psicofisiológica: Dificultad para conciliar y mantener el sueño. Motora:	La madre le explica: «Solo porque tienes exámenes mañana te quedaras aquí» Refuerzo Negativo (R-) Escapa de una situación negativa (Dormir solo).
---	--	---

P2: Alteración del comportamiento.

Tabla 2.

SITUACION	RESPUESTA	CONSECUENCIA
Van a salir a consulta de psicología, el niño toma 5 juguetes su madre le dice que solo puede llevar un juguete.	Cognitiva: “Los quiero todos” Afectiva-Emocional: Enojo Psicofisiológica: Hiperventila Motora: Tira todos los juguetes	Su madre para calmarlo le dice que si se porta bien lo llevan a cine. Refuerzo positivo
Se encuentra en casa con sus padres y le indican que debe hacer sus tareas, a lo que el niño se niega.	Cognitiva: “No me gusta hacer tareas” Afectiva-Emocional: Enojo Psicofisiológica: Hiperventila Motora: Llanto	Sus padres se enojan, le dan tiempo fuera, logrando así el niño escapar de lo que no desea hacer. Refuerzo negativo
Está en clase, la docente da las instrucciones de lo que debe hacer, el niño niega.	Cognitiva: “Por qué hay que hacer eso” Psicofisiológica: No reporta Afectiva-Emocional: Enojo Motora: Saca un juguete y se pone a jugar.	La docente detiene la clase y lo instiga a que haga la actividad. Refuerzo positivo.
Le tumba la cartuchera de las manos a un compañero de clase.	Cognitiva: “Fue mi mano, porque me voy a disculpar” Psicofisiológica: No reporta Afectiva-Emocional: Enojo Motora: Se va a su puesto	La profesora suspende la clase y le dice que le pida disculpas a su compañero, de esta manera obtiene la atención de la docente. Refuerzo positivo.

d. Análisis Histórico

i. Historia del problema

Los padres reportan que la problemática de S.P tuvo inicio en el mes de febrero del año 2016, periodo en el cual el paciente cambio de escuela, por motivo de inicio de estudios en básica primaria, desde entonces iniciaron las quejas semanales por parte de las docentes, quienes referían que el niño presentaba conductas agresivas hacia sus compañeros y que además durante las clases se le dificultaba atender a las instrucciones que se le daban, aunque no ha presentado bajo rendimiento en las asignaturas, siempre obtiene notas bajas el componente actitudinal. Los padres comentan que S.P durante la etapa de preescolar no tuvo ningún tipo de alteración en su conducta y que siempre fue uno de los estudiantes más destacados.

A raíz de las dificultades identificadas en el niño, la escuela le recomendó a los padres un proceso de evaluación, por lo que durante el primer semestre del año 2016 el niño asistió a 8 sesiones en un centro de rehabilitación, donde le informaron a los padres que el niño presentaba un déficit atencional, en este centro S.P compartía con niños que presentaban diferentes discapacidades, por lo cual sus padres decidieron que no continuara el proceso de intervención en dicho lugar, considerando que podría presentar un posible retroceso en algunas áreas del desarrollo.

Dentro de la historia del paciente se identifica que desde febrero a mayo, aproximadamente S.P dormía solo en su habitación, pero durante este periodo presentaba despertares frecuentes, los padres reportan que esto afectaba el comportamiento del niño en la escuela, manifiestan que se mostraba más irritable los días en que dormía solo, por esta razón y debido a que tuvo una semana de exámenes escolares, sus padres decidieron que durmiera junto a ellos, desapareciendo dicha problemática.

Luego para el mes de Junio los padres notaron un aumento de la frecuencia de las conductas disruptivas del niño en casa, ya que de darse 4 veces en la semana pasaron ser diarias, al igual que la intensidad del enojo, paso de refieren que el enojo en el niño inicialmente era aproximadamente de 8 y que a partir de este periodo aumento a 9, de igual forma la frecuencia aumento a 30 minutos aproximadamente, los padres comentan que esto sucedió luego de que renunciara la niñera del niño (Mayo 2016), agregan que con esta persona el niño presentaba un fuerte vínculo, ya que compartía la mayor parte del tiempo con ella luego de llegar de la escuela, además era la persona que lo orientaba en la realización de las tareas escolares. Para el mes de Mayo, se da un evento familiar importante, nace el hermano de S.P, por esta razón su abuela paterna a partir de Junio se traslada a la casa asumiendo su cuidado en la mayoría de rutinas, la madre de S.P refiere que la abuela le permitía al niño hacer la mayoría de cosas que quería y además le cumplía sus demandas.

Por otro lado, para el primer mes de nacido de su hermano (Junio) sus padres le permiten seguir durmiendo junto a ellos y luego de este periodo le indicaron que debía dormir solo en su habitación, ante lo cual reaparecieron los despertares del niño durante la

madrugada trasladándose a la habitación de sus padres, expresando que necesitaba ir al baño, en ocasiones sus padres le permitían quedarse junto a ellos, en otras oportunidades su padre lo acompañaba a su habitación y se quedaba con él hasta que conciliaba nuevamente el sueño. En una oportunidad el niño despertó llorando a las 3 de la mañana, su padre indaga el motivo de su llanto ante lo cual el niño expuso “Una profesora del colegio me dijo que el diablo si existe”, por otro lado durante la segunda sesión, el niño refiere “tengo miedo a los zombis, van a llegar a las 12 de la noche y me van a llevar”.

El padre de S.P refiere que aproximadamente de mayo a Junio recurrió al castigo físico, ante las conductas disruptivas del niño, sin observar mejoría en las mismas, posteriormente ambos padres decidieron recurrir a conversar con el niño sobre su problemática, pero S.P se negaba a hablar sobre lo sucedido en la escuela y el motivo de sus comportamientos, frente a esto la madre recurre a la realización de socio dramas , como estrategia para orientar al niño frente a la manera correcta de actuar en algunas situaciones propias del contexto escolar. A finales del mes de Julio deciden implementar la técnica de economía de fichas, sin embargo no la aplicaban de manera consistente, ante esto no observaron mejoría en la conducta del niño. A partir del mes de julio contratan una nueva empleada doméstica, quien cuida del niño hasta el mes de diciembre del año 2016, a partir del mes de enero del presente año nuevamente se da un cambio de empleada, quien asume el cuidado del niño.

ii. *Historia Personal*

El paciente presenta una contextura gruesa, estatura alta y piel trigueña. Desde pequeño ha presentado rinitis alérgica, por lo que es vulnerable a adquirir gripe, ha sido tratado con Allegra suspensión oral de 30 mg y Xalar tabletas de 4 mg, que consume todas las noches antes de dormir. Suspendieron este tratamiento al niño aproximadamente por el mes de diciembre de 2016, tiempo en el cual fue tratado con medicamentos homeopáticos, sin observar mejoría de los síntomas. Sus padres lo definen como un niño reservado y poco expresivo.

iii. *Historia Familiar*

El grupo familiar del paciente está compuesto por sus padres y su hermano menor de 8 meses de edad, la relación con los diferentes miembros de la familia es cercana, aunque los padres refieren que tiende a ser muy reservado en la comunicación. Su madre presenta características ansiógenas y un estilo parental estricto y afectivo, mientras que su padre tiende a ser mucho más afectivo y laxo, ambos padres son responsables y dedicados con el cuidado integral del niño, le permiten expresar sus opiniones y tienen en cuenta sus necesidades e intereses. La relación del niño con su hermano es positiva, es cercano y amoroso con él, atento a sus cuidados. El niño presenta una relación cercana con la abuela paterna, quien en ocasiones asume su cuidado, se caracteriza por ser laxa y afectiva con el niño, cumple la mayoría de sus demandas. En el periodo de dos a cinco años y medio, la madre del niño trabajaba por fuera de la ciudad, dejando a su hijo al cuidado de la abuela paterna de lunes a viernes, y asumía su cuidado solo los fines de semana.

iv. *Historia Académica*

S.P inicio la escolaridad a los 4 años de edad, a los 6 años de edad inicio primer grado de básica primaria, actualmente se encuentra cursando segundo de primaria, no ha tenido pérdidas de años escolares, su desempeño académico durante la etapa preescolar fue destacado, nunca tuvo dificultades relacionales en dicho periodo. Las áreas de mejor desempeño son matemáticas y artística, presenta una gran habilidad para hacer comics, muestra poco interés por la lectoescritura, en algunas oportunidades el niño expreso que no se considera muy hábil para leer. Actualmente recibe una formación bilingüe y en total cursa doce materias, por cada una tiene un docente diferente.

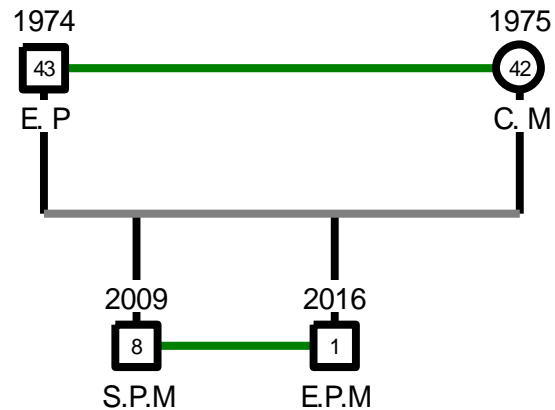
v. *Historia Socio-afectiva*

Desde el momento de la concepción, el embarazo hasta la actualidad el vincula afectivo entre el niño y sus padres ha sido positivo, la madre refiere que durante los primeros años de vida el niño se mostraba independiente, exploraba su entorno de manera activa, se mostraba sociable con personas diferentes a los familiares en presencia de sus padres. No presentaba llanto frecuente y tampoco conductas de irritabilidad.

Actualmente, presenta baja tolerancia a perder mientras juega con otros niños y tiende a imponer sus intereses, presenta dificultad para expresar pensamientos y emociones tanto en casa como en los diferentes contextos donde se desenvuelve, caracterizándose más bien por ser impulsivo principalmente cuando se siente enojado.

En la escuela, aunque no se le dificulta hacer amistades, en ocasiones los niños lo rechazan por sus comportamientos agresivos, además según reporta la docente se relaciona principalmente con 5 niños, los cuales se caracterizan por tener dificultades de comportamiento, incluso algunos registran problemas disciplinarios.

vi. *Genograma*



De manera general se identifica una relación armoniosa entre los integrantes de la familia, sin embargo las problemáticas conductuales del niño y el mal manejo por parte de los padre frente a estos los predispone a que sus interacciones se puedan ver deterioradas.

e. Proceso de evaluación

La estrategia de evaluación llevada a cabo fue una evaluación multifuente y multimétodo, se utilizaron entrevistas, escalas, registros, auto-registros, y técnicas de observación.

Se entrevistó a los padres a partir de una entrevista semiestructurada, con el tutor del niño, se utilizó la Escala de evaluación de la conducta perturbadora, formulario para el informe de los maestros (Barkley 1997). Se pidió a su tutora información sobre el nivel intelectual, rendimiento académico y posibles trastornos de aprendizaje en el niño, para descartar otros trastornos.

A los padres se le entregó un registro observacional sobre las conductas problema que debía rellenar semanalmente, para averiguar los tipos de conducta desadaptativos, su frecuencia, consecuencias, intensidad, duración, y personas a las que va dirigida, así como el contexto de aparición, sin embargo manifestaron constantes dificultades para su diligenciamiento dadas por temas de tiempo razón por la cual no se contó con esta información de manera sistemática, sino solo a partir de los reportes verbales semanales dado por los padres.

Tabla 3. Áreas evaluadas – Instrumentos utilizados.

Áreas evaluadas	Instrumentos utilizados
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Depresión
Atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de Caras
Distorsiones cognitivas, ideas irracionales y esquemas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IBT – Modificado para niños ▪ Escala de Autoconcepto
Afectividad y Conducta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista ▪ CBCL ▪ Cuestionario de Conners para padres ▪ Cuestionario de Conners para profesores ▪ Observación directa ▪ Diagnóstico Diferencial
Relacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PCRI ▪ EMBU – C ▪ EMBU – P ▪ Cuestionario de Evaluación Emocional para padres

i. Resumen de resultados

Figura # 1. Frecuencia semanal de aparición de respuestas de ansiedad pre-tratamiento y pos tratamiento.

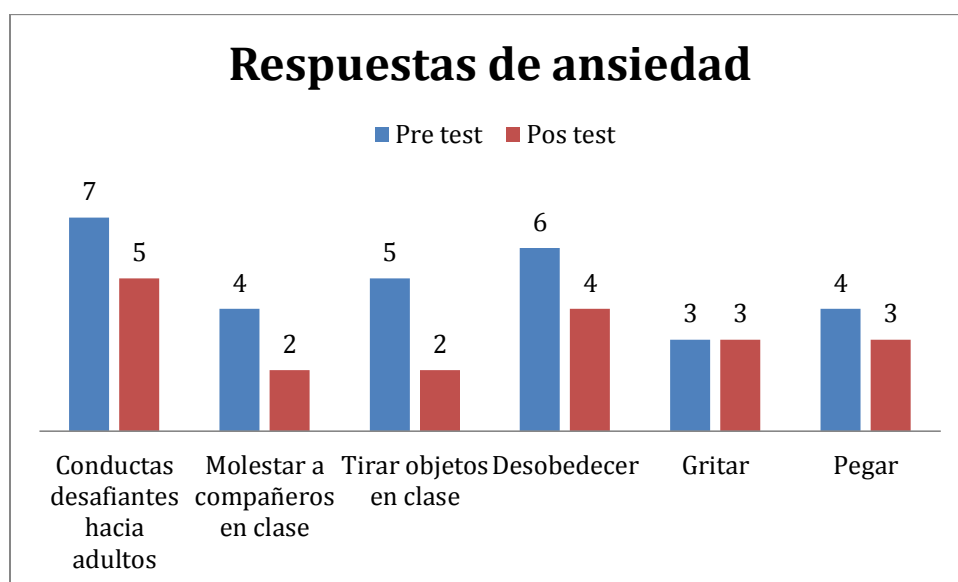
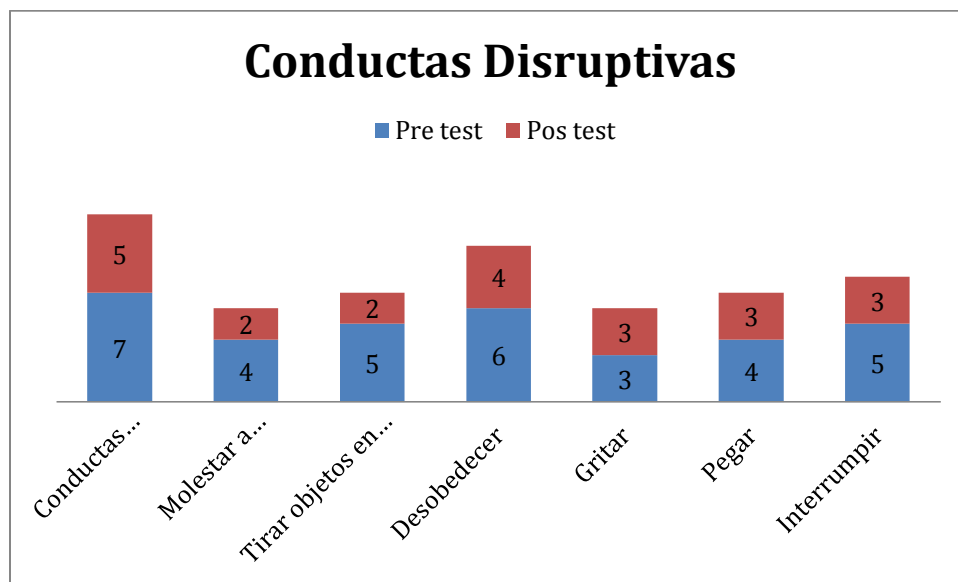


Figura # 2. Frecuencia semanal de aparición de conductas disruptivas



Entrevista clínica con los padres: Se indaga sobre los principales elementos relacionados con la etiología del problema, aspectos emocionales e igualmente lo que la mantiene y/o refuerza la conducta, además establecer la dinámica familiar como lo son los estilos parentales, afectivos y contexto cultural. A continuación las pruebas aplicadas a los padres.

Figura # 3. Resultados Cuestionario de crianza parental (PCRI) de la madre

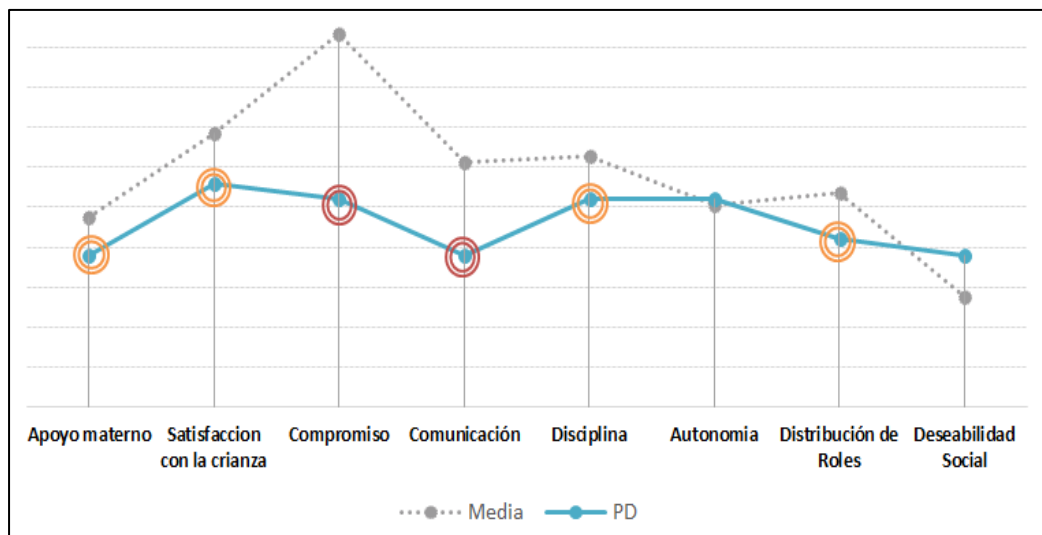
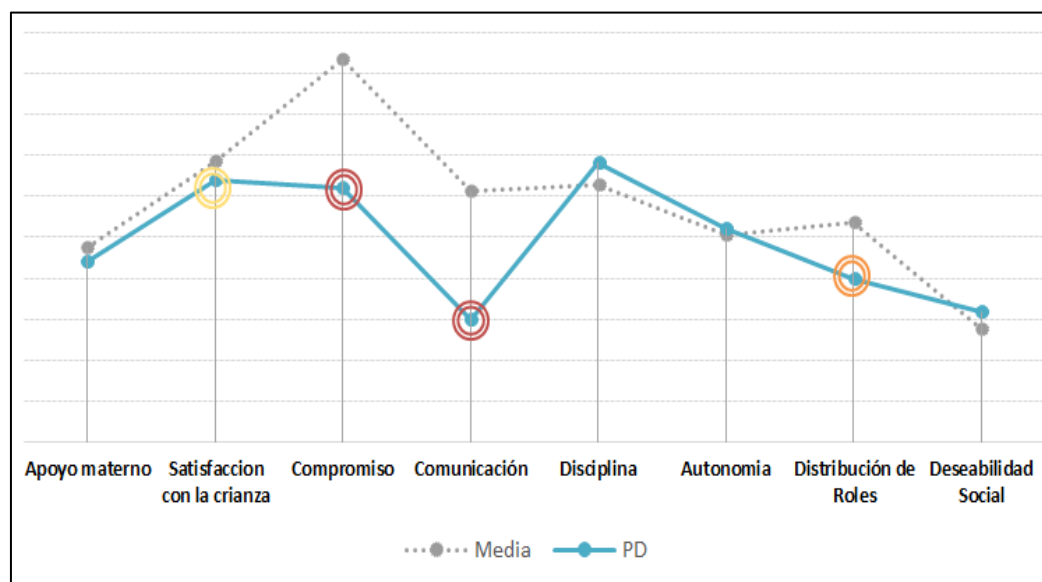


Figura # 4. Resultados Cuestionario de crianza parental (PCRI) del padre.



Los resultados arrojados por la prueba sugieren que las áreas de compromiso y comunicación presentan una afectación significativa, las cuales corresponden a una de las subescalas más importantes de la crianza y principalmente en la adecuada adaptación social por

parte del niño, ambos padres perciben que el grado de interacción y conocimiento que tienen de su hijo no es el adecuado y que la comunicación que tiene con él no es tan efectiva.

Los datos obtenidos indican además, que la madre considera que requiere de mayor apoyo social y emocional en la crianza de su hijo, es decir, existe un nivel moderado de insatisfacción con el apoyo que está recibiendo en esta área, lo mismo sucede con el nivel de satisfacción que tiene con la crianza que le está brindando a su hijo, esto difiere con los resultados del padre, donde se observa un compromiso leve de estas dimensiones.

Con relación al establecimiento de normas y límites, se identifica que la madre percibe que el nivel de exigencia que impone con relación al cumplimiento de las normas no es el más adecuado, sin embargo considera que si cuenta con habilidades adecuadas para proporcionarle independencia a su hijo, en tanto el padre en ambas áreas presenta adecuados niveles de satisfacción. En lo que tiene que ver con la distribución del rol, los resultados sugieren que ambos padres pueden existir creencias moderadas sobre el no reparto igualitario en tareas del hogar. Mediante el puntaje obtenido por ambos padres el ítem de deseabilidad social, se puede corroborar que están dando respuestas positivas y reales de las relaciones con su hijo.

Cuestionario de estilo educativo percibido por progenitores (embu-p)

Con relación a la percepción de los padres sobre la crianza de su hijo, mediante un análisis cualitativo de los resultados obtenidos en esta prueba, se puede identificar que ambos padres reconocen la importancia de un estilo parental combinado con calidez, cariño y límites

firmes, sin embargo se observa un compromiso significativo en cuanto al establecimiento de la disciplina en el que los padres tienen una tendencia al uso del regaño y el castigo físico como una forma de corregir a su hijo, cabe mencionar que este compromiso es mayor en la madre quien calificó un mayor número de ítems de manera positiva como lo fueron: lo culpo de las dificultades familiares, he sido brusca con él, “A veces pienso que me gustaría que fuera diferente”, “me despreocupa que hace durante el día”, “En ocasiones lo hago sentir mal” El padre por su parte puntó positivo en los siguientes ítems, “A veces lo he tratado injustamente”, “No acata normas”.

Cuestionario de conductas para padres, Conners, forma abreviada.

El Objetivo de este test es evaluar la presencia de síntomas asociados a hiperactividad. La versión abreviada contiene 10 ítems cuyas opciones de respuesta son “nada” que equivale a 0 puntos “poco” 1 punto, “bastante” 2 puntos o “mucho” 3 puntos. Un puntaje total superior a 17 puntos, indica sospecha de un TDAH. Este cuestionario es auto-aplicado, por lo tanto lo debe responder directamente la madre, el padre o cuidador principal.

El puntaje obtenido arrojado por la prueba fue de 13 puntos en la prueba resuelta por la madre y de 9 puntos en la prueba resuelta por el padre, resultados que no son indicadores de déficit atencional con hiperactividad.

Entrevista y cuestionarios del niño

Respecto al niño, en la segunda sesión se mantuvo una breve entrevista con él para comprobar si conocía el motivo de la intervención, conocer su punto de vista respecto al

problema y promover la relación terapéutica entre paciente y terapeuta. A partir de la tercera sesión se le aplicaron pruebas psicométricas clínicas con el fin de valorar la presencia de posibles problemas secundarios o comórbidos relacionados con su trastorno. Las cuales se describen a continuación:

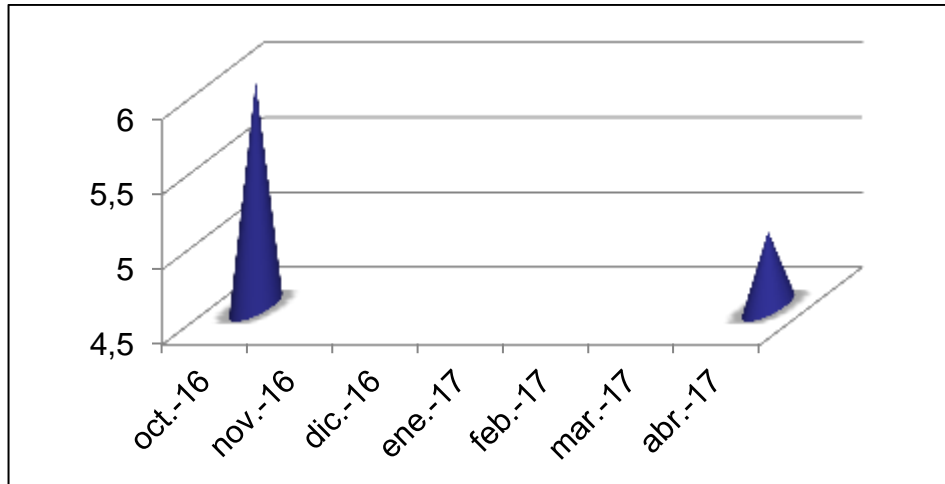
Inventario de depresión para niños. Children's Depression Inventory. (CDI)

El autoinforme CDI (Children's Depression Inventory) fue desarrollado por Kovacs y colaboradores (1983). El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar.

El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Los ítems tienen un nivel de confiabilidad alto para cada una de las variables y la escala global, presenta un ALFA de 0.7949 mostrando que los ítems si están trazados para evaluar síntomas de depresión infantil en la población estudiada (Camacho, Posada, Ospina y Ospina, 2010)

Los resultados que arroja el Inventario para la Depresión de niños inicialmente fueron de 6, puntuación que no arroja índices clínicos para una alteración del estado de ánimo en el paciente, al igual que la puntuación del re test que correspondió a 5 puntos.

Figura # 5. Resultados Cuestionario CDI pre y post test.



Escala de Ansiedad General para Niños (SCAS), Spence, 1997.

La SCAS es una prueba de autoinforme al que responden los niños, el cual consta de 45 ítems, de los cuales seis ítems evalúan ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que buscan reducir el impacto del sesgo negativo que origine el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre.

A partir de algunos ítems de la escala se pudieron identificar algunos temores que presenta el paciente. A continuación los ítems más significativos a los que el paciente respondió de manera positiva. “Me daría miedo estar solo en casa”. “Siento miedo si tengo que dormir

solo”, que en la prueba hacen parte de la categoría de ansiedad por separación, otro ítems que el paciente puntuó de manera positiva fue “Me da miedo la oscuridad”, que corresponde a un temor propio de la etapa evolutiva, y finalmente “Hay cosas que me preocupan” tales como la salud de sus padres y hermano.

Cuestionario de estilo educativo percibido por niños (EMBU C)

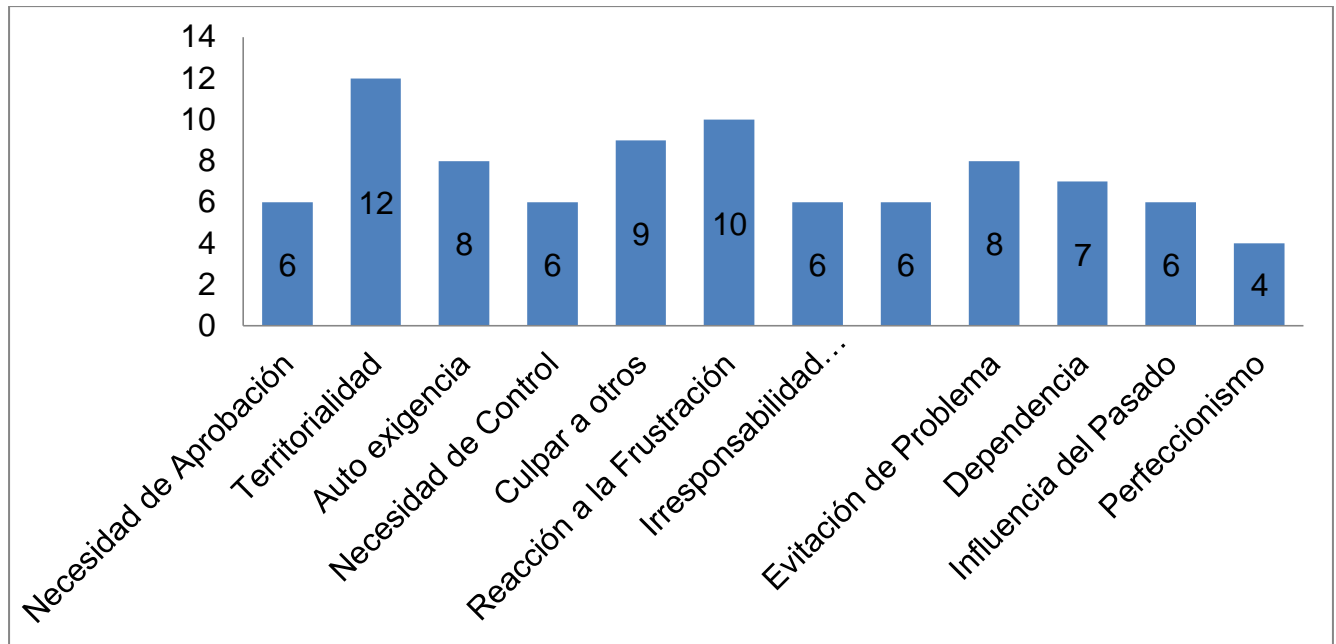
Con relación al estilo educativo de sus padres percibido por parte del niño, este puntuó positivos los siguientes ítems: “Mis papas siempre están molestos por mi comportamiento”, “Nunca me dejan jugar”, “Ellos a veces juegan conmigo”. Respuesta que pueden estar relacionados con el patrón de los padres frente al establecimiento de castigos de manera deliberado.

Test de Caras

En esta prueba el paciente evidencia la capacidad para mantener el foco de atención, además de la utilización de mecanismos para dar respuesta ante las múltiples demandas del ambiente (ej. hacer dos cosas a la vez), aunque en ocasiones requirió direccionamiento. El puntaje que obtuvo fue de 54/60.

IBT modificado para niños

Figura # 6. Resultados. *IBT* modificado para niños



Los resultados sugieren que el paciente presentan una tendencia a considera que su en su espacio nadie debe entrar debido a que tolera que otros irruman su intimidad. Con relación a la culpar a otros, el paciente es posible que sea susceptible a considerar que algunas personas que le rodean, puede ser malo y que por tan razón deben ser seriamente culpabilizados y castigados. Además de esto se considera que el paciente puede ser proclive a presentar poca tolerancia a la frustración, dada por la idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

Se evidencia en el paciente dificultad para sumir la responsabilidad que tiene en el malestar que le pueda genera a otros, asociado a la idea de que las personas gente se les dificulta o son incapaces controlar sus problemas. Por último, los resultados sugieren que el niño presenta una tendencia a evitar los problemas.

Escala de Autoconcepto (Piers Harris)

La escala constante de 80 ítems, formulados de manera clara y precisa para niños, y con un adecuado nivel de complejidad del lenguaje. Consta de 6 dimensiones específicas, conductual intelectual, físico, ansiedad, popularidad y felicidad-satisfacción. La prueba cuenta con varios estudios que muestran altos coeficientes de validez (Piers, E., 1984)

Tabla 4: Dimensiones de la Escala de Autoconcepto.

DIMENSIONES	CODIGO	P.D. 2017
Conductual	C	13
Intelectual	I	15
Físico	F	9
Ansiedad	A	11
Popularidad	P	11
Felicidad – satisfacción	FS	9
<i>Auto concepto Global</i>	AG	

No se obtuvieron respuestas inconsistentes o contradictorias por parte del niño.

- **Auto concepto conductual:** Los resultados indican que el niño no tiene un reconocimiento de los problemas conductuales que presenta, teniendo en cuenta que respondía de manera negativa a situaciones en las que si tiende a presentar dificultades.
- **Auto concepto intelectual:** De manera general percibe que tiene una adecuada competencia académica. El niño niega las dificultades que presenta relacionadas con la realización de tareas.
- **Auto concepto físico:** La percepción de su apariencia física es satisfactoria para sí mismo, sin embargo refiere duda sobre si es apuesto o no.
- **Ansiedad:** No se identifican respuestas positivas relacionadas con la ansiedad, excepto con 79 “lloro fácilmente”.
- **Auto concepto social o popularidad:** Percibe que no le cae bien a las niñas, no se observan problemas relacionales con otros según la percepción del niño.
- **Felicidad-satisfacción:** Percibe que sus padres son muy exigentes con él, de manera general se muestra satisfecho con algunas areas de su vida. .

Entrevista Tutora Escolar.

Mediante una llamada telefónica se entrevistó a la tutora del grupo académico del paciente con el fin de obtener toda la información de la que del cuerpo docente sobre el niño. Se obtuvo información respecto a los datos del niño y de la familia, rendimiento académico, a reas de mejor desempeño, aspectos relacionales, la historia del problema y el tratamiento llevado acabo hasta el momento.

La tutora reporto la siguiente información con respecto al comportamiento del niño:

- Agresiones físicas a otros niños de 3 a 4 veces por semana.
- Dificultades para autorregularse.
- Rencor en el niño (Planea agresiones físicas).
- Conductas impulsivas.
- Tensión muscular en el niño.
- Rechazo por la interacción con niñas.
- Intimidaciones hacia otros compañeros con lápices.
- Rechazo por las actividades académicas «Estoy arto, esto es horrible, estoy

cansado)

- Por medio de los padres se le envió a la tutora del año 2016 y del presente año un cuestionario para evaluar las conductas del niño, descritos a continuación.

Cuestionario de Conducta de Conners para profesores. (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma Abreviada

La presente escala fue aplicada a la tutora del curso del niño, la puntuación obtenida a partir de la misma fue de 21 puntos, puntaje que según establece la prueba, al ser mayor de 17 para el caso de los niños se configura como una sospecha de déficit de atención con hiperactividad.

Escala de Evaluación de los Trastornos de Conducta Perturbadora – Formulario para Maestros.

Mediante esta escala la tutora del niño en la escuela reporto lo siguiente:

Frecuentemente: No centra su atención, tiene dificultad para organizar tareas, esperar su turno y jugar tranquilamente, contesta abruptamente, es fácilmente molestado por otros.

Muy frecuentemente: No sigue instrucciones, evita tareas escolares que requieren esfuerzo mental y las que no son de su agrado, se niega a cumplir peticiones, hace cosas a propósito para molestar a otros y es rencoroso y vengativo.

f. Conceptualización diagnóstica DSM V

EJE I: 313. 91 (F91.9) Trastorno negativista desafiante

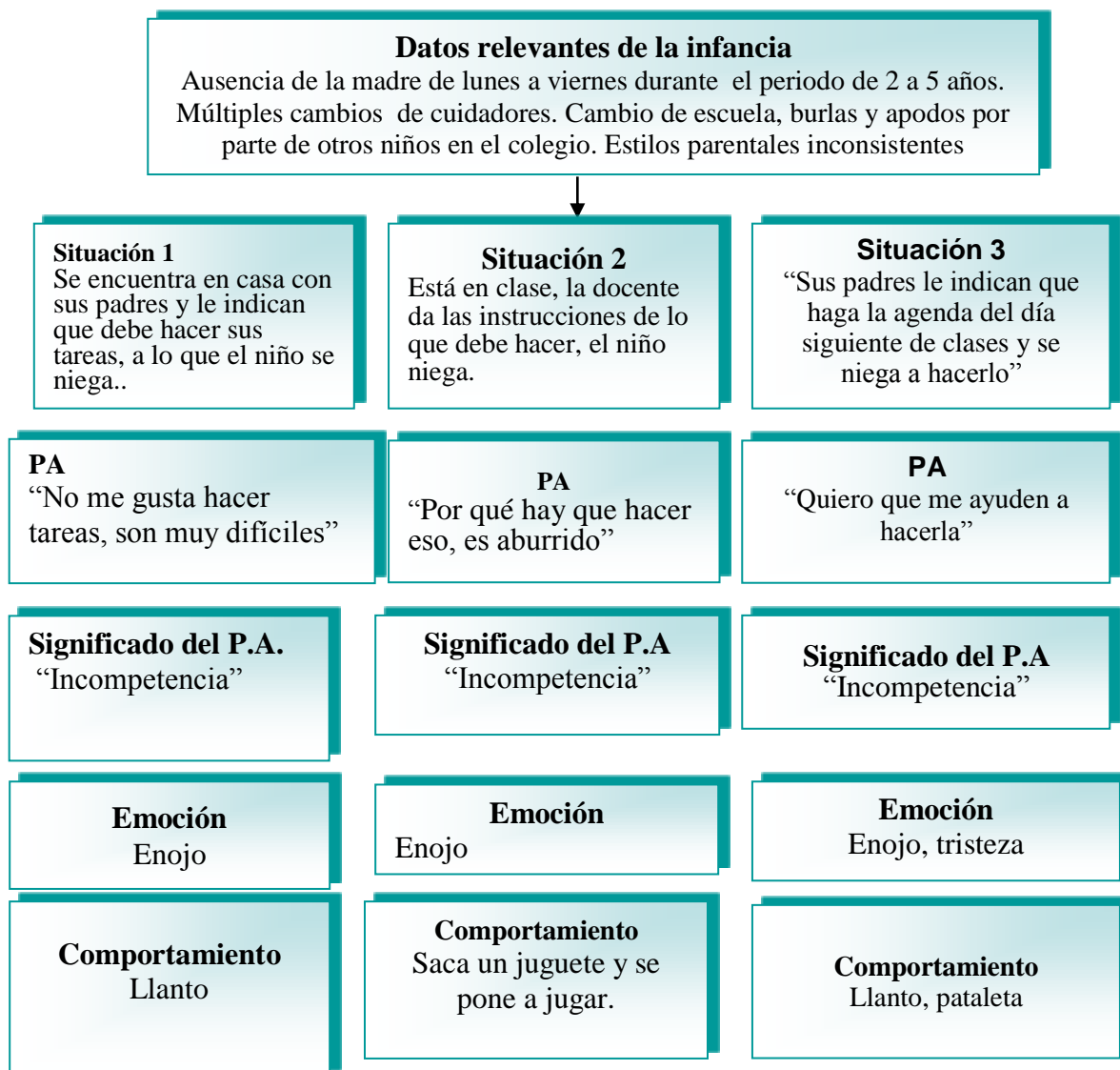
Eje II: No aplica

Eje III: No aplica

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, por inconsistencia en estilos parentales y dificultades en el contexto escolar.

Eje V: 80- 71 Actual

Tabla 5: Conceptualización Cognitiva J. Beck.



A continuación se plantean algunas de las conductas del paciente, junto con las respuestas cognitivas y emocionales identificada frente a situaciones específicas relacionadas con la problemática.

Tabla 6: Conductas y respuestas cognitivas y emocionales de paciente.

Conducta	Aspecto Cognitivo	Aspecto Emocional
Contesta o habla aunque no le toque	“No me gusta esperar”	Baja tolerancia a la frustración
Desafía o contesta a los profesores	“La profesora es muy regañona y eso no me gusta”	Enojo
Intimida a sus compañeros de clase	“Mis compañeros son muy lentos”	Enojo
Se distrae fácilmente	“Las clases son muy aburridas”	No reporta
Se muestra terco y obstinado	“Odio que no me dejen hacer lo que quiero”	Enojo

Formulación Clínica del Caso

Paciente de 7 años de edad que presenta un trastorno negativista desafiante acompañado de respuestas de ansiedad, que aunque no llegan a configurar una entidad clínica, han generado malestar en el paciente y en las personas del grupo primario de atención.

A partir del proceso de evaluación se identifica que la alteración en el comportamiento del paciente, se caracterizada por pataletas y conductas desafiantes hacia sus padres y profesores, agresiones físicas y verbales a compañeros de clase, a quienes empuja, y en ocasiones les rompe sus objetos personales, además les grita en la cara y los amenaza. Durante los espacios de recreo tiende a relacionarse con niños que presentan problemas disciplinarios, con frecuencia se pelea con otros niños, presenta inquietud motora, durante las clases molesta a sus compañeros, se le dificultad concentrarse, hace ruidos, cuestiona las instrucciones que le dan sus docentes negándose a seguirlas, habla o contesta aunque no le corresponda y se enoja con facilidad, cuando se le llama la atención no mantiene contacto visual y no demuestra sentir arrepentimiento después de actuar mal. Todo esto está acompañado de respuestas de ansiedad que se manifiestan en conductas de llanto, dificultades para dormir, temor a dormir solo, además de ansiedad ante su proceso de adaptación al nuevo ambiente escolar y la separación de la primera nana, pero que no llega a cumplir los criterios para un trastorno de ansiedad por separación.

De esta manera, los múltiples cambios a los que se enfrentó el paciente dieron origen a las respuestas de ansiedad, que sumado a los bajos niveles de tolerancia a la frustración y autorregulación más su dificultad para resolver asertivamente problemas en situaciones sociales

finalmente facilitaron la aparición de alteración en el comportamiento del paciente, es así como los problemas se retroalimentan el uno al otro agravándose la sintomatología.

Con relación al origen de alteración del comportamiento del paciente, se encuentra que esta tuvo origen a partir de un déficit en el establecimiento de límites durante los primeros años de vida del paciente, asociado esto a que la madre, por motivos laborales, estuvo ausente desde los 2 años hasta que los 5 años y medio de edad del niño, compartiendo con él solo los fines de semana, durante este tiempo el padre y los abuelos paternos eran los principales cuidadores del niño, sin embargo satisfacían la mayor parte del tiempo las demandas de niño y eran laxos al momento de establecer normas, lo que dificultó que el niño adquiriera las rutinas diarias, como por ejemplo, la hora de ir a dormir, recoger sus juguetes, entre otras. Cabe anotar que aunque el paciente durante la etapa preescolar no presentó problemas en su comportamiento en la escuela, al cambiar de colegio se le dificultó adaptarse a las exigencias académicas de la escuela primaria, donde pasó de tener una única docente a tener doce docentes, implicando esto presencia de mayor figuras de autoridad y el aumento de las asignaturas académicas. Frente a esto el niño al iniciar el proceso terapéutico expresa “Ese colegio no me gusta, quisiera estar en mi colegio de antes”. A esto se suma que el niño desde que inició estudios recibe burlas por parte de sus compañeros de clase quienes le colocan apodos, el niño comenta “Me enoja que me digan. S, pañales”, lo que termina generando en el niño respuestas de agresividad.

Los cambios frecuentes de cuidadora, con los distintos estilos educativos que ello implica, los cuales además, se dieron de manera brusca, fomentaron la aparición de reacciones negativas en el niño, caracterizadas inicialmente por negarse a seguir instrucciones, esto se dio

principalmente con el cambio de la primera cuidadora, debido a que ella permaneció mayor tiempo con él, y según refieren los padres estableció un vínculo afectivo hacia ella. Cabe señalar que esta situación configuro un patrón de inconsistencia en el establecimiento de normas, reglas y limites, dado que en el tiempo que a los padres les tomaba contratar una nueva niñera el niño quedaba a cargo de los abuelos paternos y los padres en las noches asumían la responsabilidad de los deberes académicos, frente a esto la madre comenta que en algunas oportunidades, por el cansancio y el estrés laboral del día a día, perdía el control ante la negación del niño por hacer las tareas, mostrándose enojada, mientras que el padre por su parte recurrió al uso del castigo físico en tres oportunidades, la cual al no ser una manera adecuada de expresar sentimientos y solucionar problemas , pudo generar en el niño un aprendizaje de maltrato hacia los otros.

Dentro de la historia del paciente se encuentra que a nivel familiar aunque no existen dificultades en la relación de pareja, la madre reporta que creció en una familia disfuncional, con un padre autoritario y una madre sumisa, en la que se daban situaciones de violencia intrafamiliar, lo que puede estar relacionado con sus características ansiógenas y su tendencia a ser rígida en el establecimiento de normas, el padre por su parte se caracteriza por ser tranquilo, poco expresivo y laxo al momento de establecer normas, esto termina configurando un estilo parental inconsistente, que sumado a los bajos niveles de tolerancia a la frustración y déficit para resolver asertivamente problemas en situaciones sociales del paciente finalmente lo llevan a desarrollar conductas desafiantes y presentar respuestas de ansiedad, estas últimas adquiridas mediante modelamiento de conductas ansiógenas por parte de la madre, quien como se mencionó previamente, presenta conductas personales de ansiedad, mientras que para el aprendizaje de las conductas desafiantes se identifica que este se dio mediante aprendizaje vicario, a través de las

conductas de castigo físico de sus padres como medio para que cumpliera con las ordenes que le daban, además a partir de la observación de programas infantiles de televisión con contenido violento y de los comportamientos de estudiantes con problemas disciplinarios.

Las dos problemáticas mencionadas inicialmente, alteración del comportamiento y respuestas de ansiedad, se ven mantenidas debido a factores cognitivos y conductuales, tanto de los padres como del paciente. A nivel conductual los padres han recurrido a la frecuente aplicación de castigos negativos y de técnicas de modificación de conductas (Economía de fichas) de manera inconsistente sin tener en cuenta los principios de funcionamiento de estas, lo que ha hecho que no tengan los resultados esperados, generándoles sentimientos de desesperanza frente al problema teniendo expresiones frente al niño como “Ya no sé qué hacer contigo”, “No puedo más con esto”, “No entiendo porque te portas así”. De esta manera las conductas disruptivas que del paciente se mantienen en el tiempo por refuerzo positivo, ya que sus padres le prestan atención al niño cuando se da la conducta problemática y, en ocasiones, el niño consigue lo que desea; y por refuerzo negativo, ya que a través de su conducta consigue no realizar una actividad que le resulta desagradable. En cuanto al componente cognitivo, el niño tiene verbalizaciones negativas tales como como: “Siempre me castigan, “No me gusta hacer tareas, son muchas y eso me enoja”. Todo esto acompañado del modelado permanente por parte de la madre de conductas ansiógenas y la inconsistencia de normas y límites por parte de los abuelos paternos, quienes a su vez desautorizan ciertas normas establecidas por los padres, como por ejemplo recoger la ropa sucia, secar el piso del baño luego de bañarse, recoger sus juguetes son elementos que hacen que los problemas se mantengan.

En el contexto escolar se encuentra además que la influencia social disruptiva es otro factor que refuerza constantemente las conductas del paciente, tal como lo es relacionarse durante los recreos con niños que presentan procesos disciplinarios por agresiones físicas hacia sus iguales. Además de esto, la tutora manifiesta dificultades en el canal de comunicación con los padres, lo que ha interferido en que se les retroalimente sobre cada una de las conductas del niño en la escuela, además, según refiere la tutora en la entrevista, los docentes perciben que la madre no acepta la magnitud de la problemática del niño y en ocasiones se torna enojada cuando se le comenta sobre sus comportamientos.

Por último es importante prevenir el riesgo de que el paciente pueda presentar una alteración de su estado de ánimo, lo cual según establece el DSM V puede explicarse principalmente por la presencia de síntomas de enfado/irritabilidad, además de que sus comportamientos generan rechazo por parte de sus iguales, en este sentido es importante trabajar para prevenir que en etapas futuras en el paciente se puedan instaurar esquemas relacionados con incompetencia. Además de esto, si bien es cierto que en el paciente se han dado respuestas de ansiosas, que el algún momento ha manejado de forma funcional, es importante también prevenir que el esquema de amenaza que ha sido transmitido por parte de la madre se instaure, no se puede obviar que algunas ansiedades van a ser propias de su proceso evolutivo pero en caso de no manejarse adecuadamente pueden derivar en un trastorno. Cabe mencionar que debido a que el niño no logra interactuar de manera positiva con su entorno, ha generado conductas donde él se repliega en sí mismo, tales como soliloquios, razón por la cual se requiere desarrollar en el niño conductas y habilidades sociales a fin de que él pueda salir de sí mismo relacionarse de manera adecuada con otros niños.

5. Descripción detallada de las sesiones

Las primeras sesiones correspondieron a la evaluación del caso, estas estuvieron enfocadas a la realización de las entrevistas con los padres del paciente y con este último, durante las sesiones 3 y 4 los objetivos terapéuticos fueron aumentar la capacidad de autocontrol y estabilizar las respuestas de ansiedad del niño a partir del entrenamiento en autocontrol, se le enseñó al niño la técnica del semáforo, respiración abdominal, relajación progresiva, además la técnica de la tortuga, la cual se le explico de una manera dinámica y participativa, en la que el niño practicó los ejercicios para poder incorporarlos en su vida diaria, todo esto con el fin de que lograra controlar sus conductas disruptivas.

A partir de la sesión número 4, se orientó a los padres para la implementación de la técnica de economía de fichas, se le explicó al niño el funcionamiento de la misma, se le expusieron y explicaron detalladamente las conductas que se iban a reforzar y los refuerzos que iba a obtener si lo conseguía. Durante las sesiones número 5 y 6 se trabajó a fin de detectar los pensamientos negativos del niño asociados a su negativa ante la realización de tareas escolar y disminuir pensamientos negativos frente al cumplimiento de deberes y las figuras de autoridad reemplazándolos por otros más adaptativos, mediante la técnica del pensamiento detective, detención del pensamiento y debate socrático. En las sesiones 7 y 8 los objetivos estuvieron dados a partir de psicoeducar al paciente sobre las diferentes emociones y la importancia de expresarlas de manera asertiva y favorecer que el niño identificara, expresará y reconociera las emociones tanto en sí mismo como en otros.

En las sesiones número 9 y 10 se trabajó en prevenir el desarrollo de una alteración del estado de ánimo de tipo depresogénico y un posible trastorno de ansiedad, mediante la técnica de modelamiento (Cuentos, películas y videos sobre las emociones) y restructuración de estilos atribucionales negativos y amenazantes.

Durante las sesiones 11 y 12 se trabajó en aumentar en el paciente la habilidad para seleccionar soluciones eficaces a los problemas en situaciones sociales, enfatizando en asertividad como respuesta, se entrenó al paciente en habilidades generales que le ayudaran a identificar los componentes de un problema, seleccionar estrategias que faciliten su resolución, explorar las posibles respuestas alternativas y sus consecuencias y planificar los pasos para lograr la meta deseada, articulándose con el entrenamiento de habilidades sociales, realizando ejercicios que permitieran desarrollar en el niño habilidades de conversación, tales como: saludar, presentarse, escuchar, formular preguntas, despedirse, iniciar y mantener conversaciones. Habilidades de amistad: hacer amigos, decir gracias, aceptar agradecimientos o cumplidos y hacerlos, iniciar y unirse a actividades de grupo, hacer favores y pedirlos. Habilidades para situaciones difíciles: realizar críticas y recibirlas, decir no y aceptar el “no”, seguir instrucciones, pedir disculpas,

Durante todas las sesiones se reforzaron los éxitos logrados por el paciente en cada uno de los objetivos de intervención, mediante elogios y recompensas de juego durante los últimos 10 minutos de cada sesión.

A continuación se presenta una descripción de 5 sesiones desarrolladas con el paciente, desde la sesión numero 4 hasta la numero 8.

Sesión no. 4

Objetivo: Indagar sobre el comportamiento agresivo del paciente en el contexto escolar, a fin de identificar detonantes y realizar entrenamiento en técnicas de autocontrol.

T: Hola S. tus papás me han contado que están preocupados por ti, porque en el colegio le pegaste a una de tus compañeras de clase, es cierto eso?

S: Mmmm, no es cierto, yo no lo pegue, fue mi mano.

T: Me podrías explicar cómo es que tu mano le pego a tu compañera?

S: Bueno yo pase por el lado de ella, ella estaba dormida en su silla y mi mano entonces le pego porque en el colegio no se duerme.

T: Quieres decir que te no te gusto al verla dormida en su silla?

S: Sí, me dio rabia y por eso mi mano le pego.

T: Comprendo, sin embargo nuestras manos se mueven solo si nosotros decidimos moverlas, ellas por si solas no pueden moverse, estás de acuerdo?

S: No, ya te dije que mi mano se movió sola.

T: ok, entonces tenemos que hacer algo para que tú seas quien controle tus manos, para eso hoy te voy a enseñar una súper estrategia que te va a ayudar. Quieres saber de qué se trata?

S: Si.

Luego de esto se realizó lectura de la historia de la tortuga, el paciente escucho de manera atenta la historia, luego de esto se lleva al paciente a reflexionar sobre qué hacer cuando se siente enojado.

T: Que fue lo que más te gusto de la historia?

S: Cuando la tortuga grande le dice que la solución la tiene encima de ella, en su caparazón. .

T: Muy bien, eso es lo que te voy a enseñar hoy.

S: y cómo? Que tengo que hacer?.

T: Bueno, recuerdas que la tortuga grande le dijo a la pequeña que se podía esconder en su caparazón cada vez que sintiera rabia, ira, ganas de romper cosas, de gritar o de pegar y que cuando estuviera en su caparazón podía descansar un momento, hasta que ya no sintiera enojo, entonces lo que tú vas a hacer es que la próxima vez que te enfades, te vas a meter en tu caparazón, para eso vas cruzar tus brazos por un rato, vas acerrar tus ojos, hasta que te sientas más tranquilo. Esto lo vamos a practicar aquí y luego lo harás en tu colegio. Te gusta la idea?

S: Si.

Por medio de esta sesión, se inició entrenamiento en autocontrol, mostrándole una forma distinta de direccionar su enojo, se evidencia la dificultad del paciente para reconocer la responsabilidad que tiene en sus actos.

Sesión no. 5

Objetivo: Continuar entrenamiento en autocontrol y detección de los pensamientos negativos del niño.

T: S. recuerdas lo que trabajamos la sesión anterior?

S: Si, sobre la tortuga.

T: Bueno, hoy vamos a continuar aprendiendo más sobre la técnica de la tortuga y también vamos a detectar los pensamientos que llegan a tu mente cuando te sientes enojado. Para eso tú serás el detective de pensamientos,

S: Detective de pensamientos? Como se hace eso?

T: Pues bien, mientras estas dentro del caparazón estarás atento a lo que pasa por tu mente que te produce enojo, y luego de eso me contaras esos pensamientos.

S: Ok, entiendo.

T: Ok. Para iniciar cuéntame algo que te haya pasado esta semana en el colegio que te hizo sentir enojado.

S: Bueno esta semana, estaba sentado en mi puesto, y un niño del salón me dijo S, Pañales, y se puso a reír.

T: Entiendo, el hecho de que se burlen de uno enoja mucho. Y que pensaste en ese momento?

S: Pegarle.

T: Ok, y le pegaste?

S: No, pero le grite.

T: Ok, pensaste algo más?

S: Si, que él creía que yo soy un niño bobo.

T: Y por qué crees que él creía eso de ti?

S: Porque él no se burla de otros niños solo de mí.

T: Comprendo, y tú crees que eso es cierto?

P: No

T: Muy bien, ahora pensemos que podías hacer en ese momento?

S: Hacer lo que hizo la tortuga.

T: Y debido a que no lo hiciste?

S: Porque tenía mucho enojo.

T: Ok, no es fácil pero lo puedes lograr, por eso es importante que practiquemos acá y que con la ayuda del detective encontremos esos pensamientos que te hacen sentir más enojado y los vamos a ir reemplazando por unos mejores.

Se le deja como tarea al paciente que siga empleando la técnica de la tortuga y de detección de pensamientos durante la siguiente semana.

Sesión no. 6

Objetivo: Continuar entrenamiento en técnica del pensamiento detective, y realización de debate socrático.

T: El día de hoy, vamos a seguir buscando los pensamientos que te hacen sentir enojado, triste o preocupado, pero además de eso vamos a buscar pensamientos que te hagan sentir mucho mejor.

S: Esta bien.

T: Ok, para eso vamos a seguir usando la técnica del pensamiento detective y luego vamos a conversar sobre ellos, para que así podamos encontrar los pensamientos que te hagan sentir mucho mejor. Lograste detectar algunos pensamientos durante esta semana.

S: Fue difícil, no pensé en esas cosas.

T: Ok, no te preocupes, entonces, vamos a hacer lo siguiente: Vas imaginar una situación que te haya sucedido en esta semana en la que te hayas sentido enojado o triste y vas a tratar de recordar lo que pensaste en esos momentos.

S: Ok, en esta semana yo quería participar en una clase y un compañero sin levantar la mano participo antes que yo.

T: Y cómo te sentiste en ese momento?

S: Enojado, porque uno debe levantar la mano antes de hablar.

T: Tienes razón, y que pensaste?

S: Que no era justo, yo estaba pidiendo la palabra y él no.

T: Comprendo, entonces el pensar que no era justo te hizo sentir enojado?

S: Si, mucho, era mi turno.

T: Bien y que hiciste entonces.

S: Tire mi cartuchera

T: Y que paso después?

S: La profesora me regañó

T: Y que te dijo?

S: Que no tenía que tirar la cartuchera.

T: Y qué piensas de eso?

S: Que es cierto, pero también debió regañarlo a él.

T: Crees que podías hacer algo mejor que tirar la cartuchera?

S: Si, podía hacer la tortuga y calmarme, pero es que estaba muy enojado.

T: Entiendo, ahora busquemos un pensamiento que te haga sentir mejor. Cual podría ser? Que se te ocurre?

S: Mmmm, no sé.

T: Te ayudare a buscar ideas, te parece?

S: Si.

T: Pienso que quizá tu compañero no vio que tu tenías la mano levantada.

S: El sí vio, porque él estaba en un puesto que está detrás de mí.

T: Entonces tal vez él tenía muchas ganas de participar y por eso se te adelanto.

Que piensas de eso?

S: Pudo ser, pero no estuvo bien.

T: y crees que tirar la cartuchera estuvo bien?

S: No

T: Que hubiera sido mejor?

S: No enojarme y hablar después de él.

T: Muy bien, ya veo que estas aprendiendo a buscar pensamientos mejores.

A partir de esta sesión se entrena al paciente en la búsqueda de pensamientos alternativos que le permitan un mayor control de los sentimientos de enojo, el paciente inicialmente se muestra resistente al ejercicio sin embargo luego de un tiempo empieza a tener una participación más activa.

Sesión no. 7

Objetivo: Realizar psicoeducación sobre las diferentes emociones, explicándole al con más detalle como sus pensamientos influyen en las respuestas emocionales y conductuales que tiene ante algunas situaciones.

T: El día de hoy vamos a hablar sobre las emociones, ya hemos hablado de algunas de ellas, pero quiero que hoy hablemos con más detalle de estas.

S: Esta bien.

T: Cuales son las emociones que tu más conoces?

S: La alegría, el enojo y la tristeza.

T: En estas tarjetas aparecen caras con esas emociones que tú dices?

(El niño señala de manera correcta). Cuál de esas emociones son las que más sientes en tu colegio?

S: Tristeza y enojo.

T: Dime una situación de esta semana en la que sentiste tristeza.

S: Bueno, esta semana me regañaron porque unos compañeros le dijeron a la profesora que yo le había pegado a una niña y eso fue mentira no fui yo y ella les creyó a ellos y a mí no.

T: Y que hizo la profesora?

S: Me dijo que eso no se hacía y que les diría a mis papás.

T: y que paso que te sentiste enojado?

S: Yo lleve un juguete y la profesora me lo quito en la clase, eso me enojó mucho.

T: Ok, entonces te sentiste triste porque no te creyeron y enojado porque te quitaron el juguete?

S: Si.

T: Y qué piensas de que te hayan quitado el juguete?

S: Que ese es mi juguete y la profesora no tiene por qué quitármelo.

T: Como te sentiste cuando pensaste eso?

S: Enojado

T: Bueno, y si hubieras pensado algo mejor, crees que te hubieras sentido igual.

S: No

T: Crees que era hora de jugar o de estudiar en clase?

S: Era hora de estudiar pero yo quería jugar, esa clase es muy aburrida.

T: Y qué pasa si prestas más atención durante la clase?

S: Voy a aprender más.

Sesión no. 8

Objetivo: continuar psicoeducación sobre las diferentes emociones y la importancia de expresarlas de manera asertiva. Se buscó favorecer que el niño identificara, expresará y reconociera las emociones tanto en sí mismo como en otros.

T: Hola S, cómo te fue en la semana?

S: Bien, pero un poco aburrido en el colegio.

T: Y por qué te sentiste aburrido?

S: No me gustan las clases, es muy aburrido estar sentado mucho tiempo.

T: Comprendo lo que me dices, sin embargo es importante que estes atento a la clase para que puedas aprender cosas nuevas.

S: Si, es cierto

T: De hecho hoy te voy a enseñar cosas muy importantes sobre las emociones, recuerdas lo que estuvimos hablando sobre este tema?

S: Si, lo recuerdo.

T: ok, hoy seguiremos hablando de algunas emociones y además cómo hacer para expresarlas de la mejor manera. Te pregunto algo, cuando estás enojado como lo expresas?

S: A veces grito, o tiro cosas.

T: Y crees que puede haber una mejor manera de expresar el enojo que sientes?

S: Si, pero es difícil.

T: Si, tienes razón, no es tan fácil como parece pero puedes aprender a expresar lo que sientes de una mejor forma. Para esto vas a utilizar lo que ya te he enseñado, con la técnica del semáforo y de la tortuga. Entonces cuando estés enojado, harás un pare, y como la tortuga entrarás en el caparazón, donde te vas a relajar, respirando como te enseñé y luego pensarás en la mejor forma de expresar que estás enojado.

S: Bueno, y que voy a pensar?

T: Ok, te daré un ejemplo, el día de ayer yo me sentía muy enojada cuando llegue a mi casa, entonces lo que hice fue decir el motivo por el cual me sentía así, les dije: “Hoy vengo enojada y cansado del trabajo, se me dañó el computador y tuve que repetir varios trabajos importantes”. Entonces ellos me entendieron y no hubieron malos entendidos. Pero que hubiera pasado si yo en vez de decirles lo que me había pasado, hubiera llegado sin saludar y hubiera tirado la puerta?

S: mmm, ellos también se hubieran enojado.

T: Muy bien, entonces seguramente hubiéramos discutido y todo habría sido peor, cierto?

S: Si.

T: Ok, entonces quiero que aprendas que no está mal mostrar cómo nos sentimos, pero hay que hacerlo de una buena forma. Expreso con palabras y el gesto como me siento, no tiro cosas ni grito. Qué opinas de esto?

S: Que si lo hago no tendré tantos problemas con mis papás y profesores.

T: También mejoraran las cosas con tus compañeros de clase. Ahora quiero que imaginemos una situación en la que te hayas sentido enojado y busques la mejor forma de expresar como te sentías. Cual sería esa situación?

S: mmm, cuando un niño del salón me dijo S. Pañales.

T: Comprendo que te hayas sentido enojado, hablemos sobre ello, cuéntame que hiciste en ese momento?

S: Le grite que eso no me gustaba.

T: Y cómo crees que hubiera sido mejor expresar ese enojo.

S: Diciéndole que no me gustaba que me dijera así porque es muy feo que se burlen, pero sin gritar.

T: Excelente, muy bien. Eso es lo que vamos a seguir aprendiendo. Entonces ¿Qué crees que le puedes decir la próxima vez a un niño si se burla de ti?

S: Que eso es molesto y no me gusta.

T: Muy bien. ¿Te sentirías mejor así?

S: Si.

Durante la sesión se validaron las emociones del niño más no sus acciones de agresividad, haciéndole ver que expresar las emociones está bien, siempre y cuando no sea

gritando o tirando cosas. Se ayudó al niño a encontrar sus propios recursos, haciéndole preguntas para que pudiera reflexionar sobre cómo actuar en determinadas situaciones

Curso de la intervención:

Sin duda, los niños con Trastorno Negativista Desafiante demandan ajustes en las técnicas de enseñanza- aprendizaje, enfocados en aspectos metodológicos y de evaluación que se adapten a las características de estos niños. El exceso de trabajo académico es un factor que desencadena mucho estrés familiar y conductas de evitación por parte del niño ante las tareas.

En el presente caso este fue un elemento relevante dentro de las problemáticas identificadas, debido a que el niño tuvo que enfrentarse a una carga académica alta, un horario demandante (De 6: 30 am a 3:00 pm), el cual para el mes de marzo hasta el mes de abril, por decisión de los docentes, le fue ampliado hasta las 5:00 pm a fin de que el niño desarrollara en la escuela las diferentes tareas asignadas durante el día, lo que emparejado con sus problemas de autorregulación emocional dificultaron su proceso de adaptación al nuevo ambiente escolar, a pesar de no presentar dificultades a nivel cognitivo.

Es vital tener en cuenta que además de lo descrito, las características emocionales de ambos padres y los cambios frecuentes de cuidadora facilitaron la aparición de conductas desafiantes.

Por todas estas razones, se definió en conjunto con los docentes, la estrategia de flexibilización de su horario, la cual consistió en una adaptación curricular de carácter temporal, con el objetivo de acomodar el horario a las características del niño, definiéndose garantizar el máximo de horas con su grupo clase, sobre todo en asignaturas de índole socializadora, se estableció que el niño asistiría de 6: 30 am a 12: 00 m, frente a lo cual se implementarían en casa guías elaboradas por las docentes para programar y estructurar el estudio en casa con las asignaturas restantes, sin embargo, las docentes no siguieron los parámetros establecidos, ya que separaron al niño del grupo, sustentando que su comportamiento agresivo estaba fuera de control, y que los padres de los demás niños exigían el cambio de salón del niño, restringiendo el contacto del niño con sus demás compañeros durante la semana de exámenes académicos, asistiendo únicamente hasta las 9: 00 am, horario en el que su padre lo recogía, todo esto elicó mayor número de conductas agresivas.

Se le informo a la psicóloga de la institución las razones por las cuales no era una solución adecuada para la problemática, de igual forma se le manifestó a los padres, quienes solicitaron de manera escrita que el niño fuera vinculado a sus actividades académicas según los parámetros establecidos en conjunto con la terapeuta del niño, luego de esto el niño fue vinculado a las actividades académicas junto con su grupo de compañeros.

Además de lo anterior se programó con las docentes el entrenamiento grupal de la técnica de la tortuga, la cual se estipulo según lo establece el autor, llevarse a cabo mediante diferentes fases: educativa, modelado de la posición de la tortuga, entrenamiento en relajación progresiva, entrenamiento en resolución de problemas y generalización y mantenimiento. Se les

socializo la metodología de trabajo durante cada una de las fases y las estrategias para hacer frente a posibles dificultades que pudieran surgir durante su aplicación, a pesar de que se les informo de los diferentes beneficios a obtener no solo en el niño sino a nivel grupal y de que manifestaron estar de acuerdo con esta, no llevaron a cabo la aplicación de la misma.

Así mismo, otra de las dificultades que se identificaron durante el curso de la intervención en la escuela, fue la respuesta de algunos padres de familia ante las conductas agresiva del niño, debido a que solicitaban el cambio inmediato de salón de clase del niño, y se mostraban molestos ante los padres del niño, lo que generó mayor malestar en los padres, generándoles sentimientos de desesperanza y en ocasiones altos niveles de preocupación, que posteriormente pasaron a enojo. Otra limitación sería el tiempo empleado en la intervención, aunque se llevó a cabo la intervención planteada al inicio del tratamiento, por cuestión de tiempo y de disposición del colegio no se pudo trabajar más tiempo con los docentes, de igual forma tampoco se pudo implementar a nivel grupal la técnica de autocontrol definida, “La tortuga”.

Conjuntamente se les recomendó a los padres que el niño recibiera tratamiento por parte de terapia ocupacional, con el fin de facilitar las competencias que ayudarán al niño a beneficiarse de la experiencia educativa en su totalidad, mejorar la atención selectiva y facilitar su autocontrol, sin embargo, debido a la carga laboral de los padres y al horario académico del niño, los padres mostraron resistencia a vincular al niño a dicha terapia. Asimismo se les recomendó vincular al niño a actividades de tipo grupal, con el objetivo de facilitar la interacción social, modelar conductas y estimular comportamientos positivos, en este caso, el niño en conjunto con sus padres eligió practicar baseball.

Con relación a la intervención directa con el niño, esta estuvo dada de manera inicial por la psicoeducación, con el objetivo principal de hacerle consciente del problema, además en esta sesión, se realizó la explicación del tratamiento a implementar y la importancia del mismo.

Con respecto a la intervención con los padres, esta tuvo inicio a partir de la psicoeducación frente a habilidades de resolución de conflictos, la importancia de ser coherentes en los procesos de crianza, evitando contradicciones, al igual que la importancia de la consistencia en el establecimiento de normas y límites, ser firmes sin pasar a la rigidez, mostrarse flexibles sin llegar a ser permisivos, al igual que la continuidad, dada por evitar cambios bruscos de normas y orientaciones, y mantener a lo largo del tiempo la coherencia y la consistencia.

No cabe duda que las actitudes familiares son muy relevantes, sobre todo las que están marcadas por la inconsistencia de los modelos educativos, por esta razón se trabajó también en reformular las conductas de apego y el proceso de interacción, evitando las sutiles descalificaciones y la sutil agresión verbal hacia el niño, como por ejemplo, evitar comentarios despectivos hacia los comportamientos del niño, (por pequeños que sean). Frente a esto, los padres manifestaron mucha dificultad al inicio, debido a que en ocasiones su accionar les resultaba “normal” y no observaban aspectos negativos en este, sin embargo a partir de los procesos de psicoeducación les permitieron caer en cuenta de los errores cometidos, asumiendo como un “reto” modificar por ejemplo la forma como se dirigían al niño y como lo corregían, de esta manera, luego de un tiempo pudieron ver avances, dado que el niño se mostraba más expresivo, principalmente frente a situaciones que le resultaban desagradables.

6. Marco conceptual de referencia.

6.1 Consideraciones Generales

Cada vez es más frecuente que los padres consulten a psicología por alteraciones en el comportamiento de sus hijos, por ello, es importante mencionar que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014a) en América Latina entre el 3% y 4% de los niños y adolescentes sufren trastornos de conducta que demandan tratamientos especializados.

Según el DSM V, 2013 se estima que el Trastorno Negativista Desafiante (TND) tiene una prevalencia poblacional que fluctúa del 1 al 11 %, con una prevalencia media estimada de cerca del 3,3 %. La tasa del trastorno negativista desafiante puede variar según la edad y el sexo del niño, además se considera que el trastorno tiene mayor prevalencia en niños que en niñas antes de la adolescencia.

Teniendo en cuenta los planteamientos del DSM IV- R, el trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, existiendo la posibilidad de que se iguale en edades posteriores, además de esto sustenta que la sintomatología tiende a ser similares en cada sexo, exceptuando que en los varones pueden presentarse un mayor número de conductas de confrontación y la sintomatología tiende a ser más persistente.

A partir de otras estimaciones, se han encontrado tasas de este trastorno ubicadas entre el 2 y el 16 %, variabilidad que está dada a partir de diferentes componentes, tales como, los cri-

terios diagnósticos utilizados para en la investigación, la metodología de evaluación, la fuente de información y la población estudiada (Loeber, Burke y Birmaher, 2002).

Según el estudio poblacional realizado por Ersan, Dogan y Sumer en el año 2004, algunos de los índices más elevados de TND se hallaban en Turquía, con una prevalencia del 11,5%, así mismo en Brasil, donde una investigación reportó un rango de prevalencia entre padres y profesores del 11,1-16,9% (Serra, Mattos y Regalla, 2008). De igual manera, según otro estudio realizado se estimó una prevalencia para el TDN del 9,7-16,5% en preadolescentes y adolescentes (Granero, Espeleta y Domenech, 2013). A partir de una investigación realizada en España, los autores hallaron un índice de prevalencia del 10,3% en una muestra escolar de 6-11 años con relación a una muestra de 1.509 sujetos (Cardo et al., 2008), mientras que según los resultados en una investigación más reciente la prevalencia del TND en España fue de 5,6% en una muestra escolar de alumnos de educación primaria y secundaria entre 6 y 16 años, donde la prevalencia para el género masculino fue de 6,8%; y del 4,3% para el sexo femenino, obteniéndose una prevalencia del 6,2 % a nivel de educación secundaria y una prevalencia de 5,3% en la educación primaria, según esta investigación no se dieron diferencias significativas en función del sexo, la edad, el tipo de centro y tampoco con relación a la zona sociodemográfica (López et al., 2014).

Para el caso del Reino Unido se pueden identificar uno de los niveles de prevalencia más inferiores que corresponde al 1,4-3,2% de niñas y niños, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio nacional ejecutado por Maughan, Rowe, Messer y Meltzer, 2004).

En Estados Unidos se puede identificar cierta inestabilidad en los índices de prevalencia del TND, que puede estar dada por los rangos de edades de los participantes. A partir de la investigación realizada por Cohen et al., 1993, en el estado de Nueva York, se consideró una de las tasas de prevalencia de TND más altas, del 10,4-15,6% (edades comprendidas de los participantes entre 10 y 20 años); mientras que en el estudio nacional de prevalencia a lo largo de la vida realizado por Nock et al., 2007, se consideró un índice del 10,2% (mayores de 18 años); por otro lado, en el estudio de Costello et al., 1996, que se llevó a cabo en Carolina del Norte, se halló una de las tasas de prevalencia más bajas, a partir de una muestra de preadolescentes (2,7%).

En México, las dificultades de mayor frecuencia en niños con edades entre los 4 y los 7 años han sido la conducta negativista desafiante, la desobediencia, la conducta agresiva y la hiperactividad (Medina-Mora et al., 2003). En el caso de Colombia, a partir de los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, realizado por el Ministerio de la Protección Social, la Universidad CES y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodoc) (2010) se obtuvo una prevalencia anual del trastorno negativista desafiante del 2,0 %.

Según estudios citados en la encuesta de salud mental realizada en Colombia en año 2015 la prevalencia del trastorno negativista desafiante fue estimada entre 2,8% y el 11% (Fleitlich y Goodman, 2004, Zwirs et al., 2007), sin embargo teniendo en cuenta los resultados de un metanálisis reciente reportan rangos de prevalencia entre un 3% y un 5% (Polanczyk, et al, 2015).

En la ciudad de Bogotá se realizó una investigación con el fin de valorar la prevalencia de psicopatología en una población escolar, los resultados obtenidos indicaron una prevalencia del 11,9%. Así mismo, se encontró que el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), el trastorno negativista desafiante (TND), al igual que el trastorno de la conducta, tuvieron mayor prevalencia en los varones preescolares y escolares; mientras que en las mujeres escolares los trastornos afectivos fueron más frecuentes (Ortiz B, Giraldo C y Palacio J, 2008).

A continuación se especifican los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM-2015), los cuales se obtuvieron por medio de la entrevista sobre el cuidador, en la mayoría de los casos aplicadas a madres, de población infantil entre 7 y 11 años. Se indicará la prevalencia con respecto a la presencia del trastorno en el último mes y en los últimos 12 meses.

De manera general, se observa que cualquiera de los trastornos que fueron medidos se encontraban en el 3% (IC 95%: 2,2-4,0) de la población infantil de 7 a 11 años. Lo cual sugiere que según la consideración de los cuidadores 3 de cada 100 niños presentaron un trastorno mental en el último mes. Para el caso del trastorno negativista desafiante la prevalencia en los últimos 30 días fue de 0,4%, y con relación al sexo la prevalencia no tuvo una variación significativa, en el caso de los niños fue del 0,5% y en las niñas de 0,4%.

Con respecto a la prevalencia que representa la ocurrencia de cualquiera de los trastornos descritos en los últimos 12 meses, se encontró que cualquiera de los trastornos medidos tuvo una prevalencia de 4,7% (IC95%: 3,6-6,2) de la población infantil de 7 a 11 años. Es decir que aproximadamente el 5% de todos los niños y niñas de la población tenían o tuvieron

un trastorno mental a partir de percepción de sus cuidadores en el último año, en el caso del TND la prevalencia fue del 0,4%.

Otro dato que suministra la Encuesta Nacional de Salud mental del año 2015, con relación a la prevalencia de los trastornos mentales en los niños y niñas, a partir de las regiones, estos son menos frecuentes en la región Atlántico (1,9%) y más prevalentes en la región Central (7,1%). Mientras que existe una prevalencia de alrededor de 5% para las demás regiones.

Un factor significativo que interviene en los índices de prevalencia del trastornos son los evaluadores o informantes, es decir el maestro, los padres, cuidadores y el niño. Cada uno de estos brindan información única con relación a los problemas del niño, sin embargo algunos estudios han encontrado que existe poca correlación entre estos ellos. (Karver, 2006) (Sourander, 2005). En general, esta falta de acuerdo entre las distintas fuentes podría indicar diferencias en el comportamiento que presentan el niño en los diferentes contextos, o que cada uno de los evaluadores focaliza diversos aspectos de la psicopatología del niño, y por ende cada fuente establece un concepto diferente que podría considerarse complementario (Kramer, 2004). Falta el documento.

Tanto los padres como los profesores cumplen un papel importante en el establecimiento del diagnóstico de perturbaciones psiquiátricos en la infancia y en la adolescencia (Loeber., et al, 2000). Algunos autores proponen que los padres se configuran como una fuente más fiable, especialmente en la preadolescencia (Pelham, Fabiano y Massetti, 2005). Sin embargo, otros autores mencionan que las evaluaciones que realizan los profesores brindan información muy

útil para el diagnóstico de TND y que pueden ser más realistas que las evaluaciones de los padres, debido a que los docentes cuentan con el grupo de referencia para contrastar las conductas (Saudino, Ronald y Plomin, 2005). Estos planteamientos confirman que, sin duda alguna, establecer el diagnóstico del TND en la edad escolar implica obtener información por parte de múltiples informantes, es este caso de padres y profesores, quienes son las personas que durante esta etapa del desarrollo infantil, tienen mayor cercanía al niño, teniendo interacciones en diversos contextos, lo que permite disponer de una información más amplia y detallada de su repertorio conductual.

Por otro lado, en lo que respecta a la clasificación de este trastorno en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), es importante mencionar que en la tercera versión de este, DSM-III, se encuentra ubicado en el epígrafe de Trastornos de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia específicamente en el grupo de otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia, donde recibe el nombre de Desorden Oposicionista. Posteriormente, en la siguiente versión del manual DSM IV – TR, se mantiene ubicado en el mismo epígrafe, sin embargo pasa a formar parte de la categoría del grupo Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, bajo la denominación de Trastorno negativista Desafiante. Siguiendo este orden se encuentra que según la revisión propuesta por el grupo de trabajo para el desarrollo del DSM-5, el TND se encuentra ubicado en la sección II dentro de la categoría Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.

En respecto a la modificación de los criterios diagnósticos del TND que incluye el DSM-IV, y los establecidos en la última versión de este manual, se observan pequeñas

modificaciones en la redacción, además de que los criterios diagnósticos se encuentran agrupados en tres categorías (enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante, y vengativo), sin embargo no se requiere un número mínimo de criterios de cada categoría, razón por la cual esta agrupación no interfiere el diagnóstico. También, incluye una nota aclaratoria sobre la persistencia y la frecuencia en la que deben presentarse los síntomas según la edad del menor, que resulta interesante, además especificadores del nivel de gravedad actual (leve, moderado y grave).

6.2 *Inicio y Curso*

Los síntomas del trastorno negativista desafiante suelen ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia, presentan poca variabilidad a lo largo del desarrollo y se mantiene desde la etapa preescolar, a la edad escolar y hasta la adolescencia (Lavigne et al., 2001) y generalmente emergen en el ambiente familiar, sin embargo con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años.

Otros autores, teniendo a partir de reportes por parte de los padres, establecen síntomas específicos según la edad del individuo, es así como sustentan que, a la edad de 3 años los niños con TND presentan un comportamiento obstinado, de los 5 a los 6 años son desafiante con los adultos, a los 6 años hacen pataletas, demuestran irritabilidad y discuten, para la edad de 6 ½ años culpan a los otros, a los 7 años molestan a los demás, a los 7 ½ años son rencorosos y ya para los 8 años son agresivos (Lahey y Loeber, 1994 citado en Satlter, 2008).

Con relación al inicio del Trastorno Negativista Desafiante algunos investigadores sostienen que cuando este inicia previo a los 10 años de edad se correlaciona con una mayor duración del trastorno, así mismo con un mayor número de comorbilidades con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007), mayor vulnerabilidad a participar en actividades delincuenciales durante la adolescencia, fugas del hogar, dificultades académicas, fracaso y deserción escolar. Por el contrario, cuando su aparición es tardía, es decir, posterior a los 10 años de edad, presenta menor gravedad y se relaciona a contextos de marginalidad social, dados por el modelamiento de los adolescentes con sus pares (Shaw y Shelleby, 2014).

El diagnóstico con frecuencia se establece en la edad escolar, durante la primaria, sin embargo al indagar sobre eventos de mayor historicidad es posible que se corrobore la ocurrencia de algunas manifestaciones durante la etapa preescolar (DSM 5, 2013).

6.3 Etiología

La etiología del TND es compleja, puesto que su desarrollo se basa en un proceso acumulativo de factores de tipo biológico, psicológico y social (Liu, 2004; Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008; Steiner y Remsing, 2007; Teetere y Semrud, 2007). No existe una teoría única de la etiología del trastorno. Parece estar influenciado por múltiples factores que se encuentran interrelacionados, pudiendo funcionar como variables que actúan como causa o como efecto. Hay evidencias de que el TND es moldeado y mantenido por la naturaleza de los intercambios

recíprocos producidos en el ambiente del niño. Sin embargo es posible al menos identificar al menos tres tipos de factores: los biológicos, los psicológicos y los sociales.

Factores biológicos: Existen patrones familiares de psicopatología relacionados como son el Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), trastornos por uso de sustancias (TUS) y los trastornos afectivos (Burke, Loeber y Birmaher, 2002). La exposición a neurotoxinas como el plomo y el consumo de nicotina durante la gestación, nutrición deficiente y falta de vitaminas se han relacionado con el TND (Bonde, Fergusson & Horwood, 2010), así como anormalidades en los neurotransmisores dopamina, serotonina y norepinefrina (Comings, Gade-Andavolu, Gonzalez, Wu, Muhleman Blake, Chiu et al., 2000; Comings, Gade-Andavolu, Gonzalez, Wu, Muhleman Blake, Dietz et al.; 2000). Además se han implicado factores de temperamento difícil en niños que posteriormente desarrollan Trastorno Negativista Desafiante (TND) (Moffit, 1993).

Factores psicológicos: Se ha asociado con el apego inseguro así como con los cuidados parentales deficientes (Shaw, Owens y Winslow, 2001) Además los niños agresivos muestran fallas en el reconocimiento de las claves sociales, tienen una atribución agresiva equivocada sobre las conductas de los pares, lo que genera pocas soluciones a los problemas y tienen la expectativa de ser recompensados por sus respuestas agresivas. (Dodge, 1991)

Factores sociales: La pobreza, la falta de estructura social y la violencia en la comunidad contribuyen al diagnóstico del TND (Connor, 2002, citado en Peña y Palacios, 2011) Debe tenerse en mente que existe una alta comorbilidad entre el TND, el TDAH y el TD, por lo

que estos niños y adolescentes experimentan múltiples factores de riesgo intraindividuales y contextuales, que se inician en la infancia y pueden llevar a una formación adversa en la personalidad como la última manifestación del riesgo global de psicopatología externalizada (Rutter, Giller y Hagell, 1999).

6.4 Descripción Clínica

La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) conceptualiza el TND como un patrón de conducta negativista y hostil desafiante, excesivo para el contexto sociocultural y el nivel de desarrollo del niño(a), que le genera un deterioro significativo en su funcionamiento en el ámbito personal, social o académico, durante un período de más de seis meses, y que no es producto de un episodio psicótico o un episodio propio de un trastorno del estado de ánimo. A partir del DSM 5, 2013 se establece que la característica esencial de este trastorno es un patrón frecuente y persistente del estado de ánimo enfadado/irritable, comportamiento discutiador/desafiante, o deseo de venganza.

El trastorno se caracteriza por un comportamiento negativista, hostil, con resentimiento e intimidación, y la tendencia a culpar y desobedecer normas sociales (De la Osa-Langreo, Mulas, Téllez de Meneses, Gandía y Mattos, 2007). El sujeto con TND se identifica de manera temprana por su predisposición a la manipulación y por los problemas de desorganización familiar que suele crear (Mulas et al., 2013).

Las conductas propias del TND son más frecuentes en la interacción con niños y adultos que el individuo conoce bien, a causa de esto la aparición de estas es más habitual en el hogar y en ocasiones no se dan en el ámbito escolar. A partir de esta variabilidad íntersituacional de la conducta el diagnóstico se puede dificultar, por lo cual es importante tener prudencia, pues, aun dentro de la normalidad, las conductas de desobediencia y desafiantes son comunes en niños y adolescentes. El trastorno es más frecuente en niños o niñas que en la etapa preescolar han presentado dificultades a nivel temperamental y alta actividad motora (APA, 2001).

Emerson (1995), a partir de una visión más social, incorpora la noción cultural dentro de la definición de conducta desafiante, refiriéndose a aquella conducta culturalmente anormal de tal intensidad, frecuencia o duración que es probable que la seguridad física de la persona o la de los demás corra serio peligro, o que limite el uso de las oportunidades normales que ofrece la comunidad, o que incluso, se le niegue el acceso a dichas oportunidades. Aquí destacan dos consideraciones:

1.- La conducta tiene una connotación cultural de carácter cualitativo; una conducta puede ser considerada desafiante o no, dependiendo del contexto social y cultural en que ocurra. No tiene la misma connotación e implicaciones que el niño grite en un estadio de fútbol, a que lo haga dentro del salón de clases.

2.- La conducta desafiante no sólo pone en riesgo al niño o a otros niños, sino que también limita o restringe sus oportunidades tanto para el aprendizaje como para su inclusión y participación social.

El DSM V propone los siguientes criterios de cuadro clínico para el Trastorno

Negativista Desafiante como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 7: Criterios DSM V para diagnóstico del Trastorno negativista

Criterios DSM V para diagnóstico del Trastorno negativista desafiante.
<p>A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <p>Enfado/irritabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo pierde la calma. 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad. 3. A menudo está enfadado y resentido. <p>Discusiones/actitud desafiante</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente. 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. <p>Vengativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses. <p>Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos</p>

comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos

Como se sustenta en la tabla anterior, los criterios diagnósticos del trastorno negativista desafiante se encuentran más uniformemente enmarcados entre las emociones (ira y enfado) y las conductas (discusión y desafío) (DSM 5, 2015).

Con relación al diagnóstico del TND, cabe mencionar que puede resultar complejo, ya que aunque se puede diferenciar del comportamiento normal, las conductas propias de este trastorno hacen parte de ciertas etapas del desarrollo del niño. Por esta razón, algunos investigadores llegan a la misma conclusión con respecto a que el diagnóstico TND debe darse a partir de los siguientes criterios: a) los comportamientos no están inmersos dentro de algunas etapas del desarrollo del niño; y b) cuando son severos en relación con los esperables para su periodo evolutivo, configurando un comportamiento más conflictivo que la oposicionalidad esperada (Skovgaard, Houmann, Landorph y Christiansen, 2004; Wright, Holmes, Stader, Penny y Wieduwilt, 2004).

Por último, cabe mencionar que la conducta de oposición puede presentarse de diferentes formas, que pueden estar dadas a partir de altos niveles de pasividad, es decir no acatar órdenes de manera sistemática actuando de forma pasiva o inactiva o de formas más activas, es decir, expresiones negativas, ofensas, hostilidad o resistencia física con agresividad dirigida a las figuras de autoridad, que pueden ser los padres, cuidadores o profesores.

6.5 Evaluación

La evaluación clínica de un niño con Trastorno Negativista Desafiante requiere que se tengan en cuenta diversas dimensiones, con múltiples fuentes de historia, distintos métodos y diferentes instancias. Si no se implementa un enfoque amplio y comprensivo, se hace difícil identificar el trastorno y distinguirlo de otros. Se deben evaluar los riesgos individuales, familiares y del entorno social. La evaluación puede iniciarse por conocer los factores individuales.

Es importante realizar una entrevista con el niño, donde se debe observar su actitud hacia sus padres desde antes de ingresar al consultorio, si presenta una ansiedad desproporcionada al separarse de ellos, si obedece las órdenes que éstos le dan en la consulta, o incluso, si sigue las indicaciones del psicólogo que interviene.

Los niños que presentan un trastorno más grave y crónico de conducta muestran deterioro en varias áreas, como dificultades en la interacción social, cuando llegan a la adolescencia e incluso en la infancia dificultades legales, pocos logros académicos y vocacionales, y un deterioro del desarrollo de la comunicación interpersonal. Las formas más graves del Trastorno Negativista Desafiante tienen asociado un trastorno comórbido.

Además de lo anterior, se deben utilizar más de un método de observación, como entrevistas, escalas de valoración (Conners, Child Behavior Checklist, entre otros), evaluación neuropsicológica y reportes escolares.

6.6 Problemas Asociados

Diferentes autores proponen que el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta guardan una relación, sin embargo la naturaleza de esta relación es discutida. Sustentan que el TND es la forma leve del TC (Rowe, Maughan, Pickles, Costello y Angold, 2002) o su precedente (Lahey, et al., 1992). A pesar de esto algunas investigaciones indican que el TND es una entidad propia que tiene unos factores genéticos y socioculturales diferentes al TC (Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007). A pesar de que el TND y el TC comparten factores de riesgo y frecuentemente se asocian de forma comórbida, la mayoría de los TND no acaban desarrollando un TC (Cohen y Flory, 1998).

Por otro lado, otras investigaciones abogan que en una proporción significativa de casos el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial. La investigación del TOD que se inicia en la etapa infantil y en la adolescencia conlleva a considerar el origen de la agresividad y la violencia, ligado a situaciones ambientales y sociofamiliares. Las hipótesis de mayor uso se sustentan en el aprendizaje social que el niño configura de la oposición violenta, y que con frecuencia se ve manifiesto en el seno de los llamados “ambientes de desventaja social crónicamente mantenida”. Estos comportamientos violentos se prolongan , y muchas veces se consolidan, durante la etapa de la adolescencia, y finalmente se concretan en la edad adulta en un trastorno de personalidad antisocial. Se encuentra entonces una clara línea de continuidad entre la violencia infantil y la del adulto, en muchos casos con un origen social previsible y por tanto sujeto a normas de prevención. Los estudios que se han llevado a cabo durante un largo tiempo han reconocido factores de riesgo que causan que en la mitad de los

casos los trastornos comportamentales en la infancia puedan evolucionar en la edad adulta de forma negativa, así como factores protectores que adecuadamente fortalecidos pueden presumir una buena técnica para prevenir estos problemas (Alvarez y Vargas, 2002, Weissman, Fendrich, Warner y Wickramaratne, 1992).

Además, estas conductas en niños menores se relacionan con trastornos internalizantes y externalizantes, y predicen otros trastornos a largo plazo, tales como depresión, TDAH y Trastorno de Conducta (Gadow y Noan, 2002, Mason, et al., 2004). Algunas veces es difícil diferenciar la actitud oposicional desafiante y la actitud propia de los TC, especialmente cuando se dan fuera del entorno familiar (Pascual, 2002).

Mientras que en los primariamente diagnosticados con trastorno negativista desafiante la comorbilidad con el TDAH es del 19,8% (Maughan, Rowe, Messe, Goodman y Meltzer, 2004)

Respecto al trastorno negativista desafiante, podrían señalarse otros datos acerca de la comorbilidad con otros trastornos. Se estima que en el transcurso de la vida el 92,4% de las personas diagnosticada con este trastorno presentará al menos una comorbilidad psiquiátrica (Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007).

Entre los trastornos asociados se encuentran los depresivos (45,8%), los de ansiedad (62,3%), los de consumo de sustancias psicoactivas (47,2%) y los del control de los impulsos (68,2%). En el contexto nacional dos estudios desarrollados en Bogotá y Medellín establecieron la relación entre la presencia del trastorno negativista desafiante y dificultades en las condiciones sociales de las familias de estos niños. Además, encontraron la alta comorbilidad con el TDAH y

las mayores dificultades desde el punto de vista comportamental, cuando se presentó esta comorbilidad (Muñoz, 1998 y Torres, 2012).

La presencia de conducta desafiante por oposición o agresión social en niños es la psicopatología infantil más estable a lo largo del desarrollo, y configura el elemento predictor más característico de un extenso conjunto de riesgos académicos y sociales negativos, en comparación del resto de las otras formas de comportamiento infantil desadaptativo (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1997).

6.7 Modelos de Intervención cognitiva conductual desde el enfoque multimodal del Trastorno Negativista Desafiante (TND)

La gravedad de los problemas conductuales en niños o adolescentes con el trastorno negativista desafiante implica la aplicación de un tratamiento amplio que abarque al niño, la familia, la escuela y la comunidad a largo plazo. El tratamiento actual de primera línea utilizado es la terapia cognitivo-conductual (Luiselli, 2002), basada en estrategias orientadas al entrenamiento a padres y profesores, y la terapia individual con el niño o adolescente dotándolo de herramientas alternativas a la conducta aprendida. Un modelo práctico para entender los trastornos de conducta, lo suficientemente concreto pero lo suficientemente exhaustivo, es el modelo de Russell Barkley (Barkley, 1999), modelo práctico y riguroso para entender los trastornos de conducta y poder establecer objetivos terapéuticos.

El tratamiento multimodal implica intervenciones de uno o varios profesionales clínicos dirigidas hacia padres, profesores y los sujetos que presentan el TND. El tratamiento multimodal incluye: (a) tratamiento al niño, básicamente haciendo uso de procedimientos cognitivos y conductuales (b) el entrenamiento a padres, (c) intervención educativa o escolar, y (d) intervención farmacológica en caso de requerirse.

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) establece once principios generales mediante los cuales recomiendan parámetros prácticos para el TND, en la siguiente tabla se relacionan.

Parámetros prácticos para el Trastorno Negativista Desafiante de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.
<ol style="list-style-type: none"> 1. La evaluación el tratamiento óptimo del TND exigen una adecuada alianza terapéutica con el niño o adolescente y sus padres. 2. Los aspectos culturales deben ser tomados en consideración en el diagnóstico y tratamiento. 3. La evaluación del TND debe incluir información obtenida directamente del niño o adolescente así como de sus padres en las áreas de los síntomas básicos, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de deterioro funcional. 4. Debe considerarse la comorbilidad psiquiátrica. 5. El clínico debe considerar importante cualquier otra información obtenida de otros informantes (maestros). 6. Es recomendable el uso de instrumentos o entrevistas en la evaluación y seguimiento. 7. El clínico debe realizar un plan de tratamiento individualizado. 8. Las intervenciones sugeridas a los padres deben basarse en las intervenciones con

mayor evidencia empírica.

9. El uso de medicamentos puede ser útil como tratamiento adjunto a las intervenciones psicosociales, para el tratamiento sintomático y de las condiciones comórbidas.

10. Cuando el TND es severo y persistente se pueden requerir tratamientos prolongados e intensivos.

11. Deben evitarse intervenciones donde se exponga al niño o al adolescente a escenarios o situaciones de miedo para convencerlo de desistir de sus conductas. Las intervenciones cortas usualmente son inefectivas.

Cabe resaltar que el primer aspecto a tener en cuenta antes de iniciar cualquier intervención de tipo conductual, es poder distinguir si la conducta de un niño se encuentra dentro de los niveles esperados según su etapa evolutiva o si por el contrario cumple con indicadores clínicos teniendo según las medidas de cronicidad, frecuencia e intensidad.

En lo que respecta al plan de tratamiento del TND, se ha encontrado que dentro de los planes de intervención con mayor soporte están el entrenamiento de los padres o cuidadores en el manejo conductual del niño o del adolescente temprano (12 a 15 años). Costin y Chambers, 2007). Estas intervenciones están sustentadas en el supuesto teórico de que las conductas disruptivas derivan de prácticas parentales inadecuadas e inconsistentes, además de no contingentes. Esta es la razón por la cual el niño ha tenido un aprendizaje de que a través de la conducta oposicionista logra manipular a los adultos con el fin de que le cumplan sus demandas.

Los programas de intervención diseñados desde un enfoque conductual comprenden todos los contextos, el familiar, el escolar y el del propio niño. Generalmente los modelos de

intervención conductual inician con el análisis de la conducta a partir del enfoque denominado ABC (Antecedents, Behavior, Consequences, por sus siglas en inglés) (peña y Palacio, 2011)

Uno de los programas más más usados en el tratamiento del TND es el programa de Russell Barkley. Dicho programa está conformado por ocho pasos por medio de los cuales se busca modificar la conducta, mejorar las relaciones sociales y el ajuste general en casa del niño y del adolescente temprano. A continuación se especifican cada uno de estos pasos: a) aprender a brindarle atención positiva al niño b) hacer que obedezca mediante el uso de su atención, c) impartir órdenes de manera eficaz, d) enseñarlo a no entorpecer actividades, e) instaurar en el hogar un sistema de recompensa con fichas, f) aprender a sancionar las conductas disruptivas de manera favorable, g) desarrollar el uso de tiempo fuera de manera adecuada y h) aprender manejar las conductas indeseadas del niño en lugares públicos (Barkley, Edwards, Laneri, Flecher et al., 2001). Este programa se basa en el supuesto de que las conductas positivas aumentarán si al niño se le otorga un premio o se le hace un reconocimiento por ellas, mientras que las conductas negativas disminuirán si son ignoradas o reciben consecuencias negativas. Barkley propone un factor importante en todo el proceso de aplicación de su programa y consiste en la colaboración y esfuerzo de los padres

Según una investigación comparativa entre el adiestramiento a los padres dado por enfermeras o psicólogos y el autoadiestramiento por medio de la lectura de material bibliográfico, se estableció que ambas medidas fueron eficaces en la disminución de las conductas negativistas y desafiantes de los niños (Lavigne, Lebailly, Cicchetti et al., 2008)

El tratamiento farmacológico del trastorno negativista desafiante se administra principalmente cuando existe una comorbilidad como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de conducta o cuando se presume la presencia de un trastorno afectivo y/o ansiogeno sub-sindromático, razón por la cual esta intervención es responsabilidad del psiquiatra. (Peña y Palacio, 2011)

Con relación a la intervención a nivel cognitivo Greene en el año 1998 desarrollo el modelo Collaborative Problem Solving (CPS). Esta autor sustenta que la mayoría de los comportamientos disruptivos se pueden definir como conductas inflexibles y/o explosivas. Dentro de las características que definen a un niño inflexible están dificultad para controlar las emociones, muy bajo umbral de frustración, poca tolerancia a la frustración, altos niveles de inflexibilidad y poca adaptabilidad, pensamiento dicotómico, perseverancia de la inflexibilidad y mala respuesta a la frustración a pesar de un alto nivel de motivación, episodios explosivos por motivos insignificantes, bloqueo en circunstancias de cansancio o cuando sus necesidades básicas no son satisfechas.

El modelo CPS sustenta además que la conducta del niño puede ser consecuencia de un déficit en el desarrollo de habilidades cognitivas específicas, tales como habilidades ejecutivas, habilidades en el procesamiento del lenguaje, habilidad para autorregularse y gestionar emociones, flexibilidad cognitiva y habilidades sociales, o que la alteración en su comportamiento puede derivar de dificultades para poner en práctica dichas habilidades en los momentos en que se requiere. Por esta razón el problema conductual debe ser visto como un trastorno de aprendizaje centrado en una disfunción cognitiva. De esta manera, está muy

relacionado con el lenguaje interno, el control de las emociones, los niveles de motivación y, de manera general en el aprendizaje del comportamiento. A causa de esto, el enfoque se orienta más en la cognición que en la conducta; es decir, parte del supuesto de que un niño que presenta un trastorno de conducta puede tener comportamientos adaptativos siempre y cuando disponga de las habilidades necesarias. Desde este modelo se descarta la visión clásica, desde la cual el niño puede hacer las cosas de forma adecuada si así lo desea, lo cual es un planteamiento que le permitirá a los adultos comprender que la conducta explosiva en el niño no es premeditada, orientada a un objetivo particular, manipulativa o con el propósito de obtener atención, sino que el niño no cuenta con las habilidades suficientes para tener conductas más adaptativas por lo que requiere que se le entrene en habilidades cognitivas.

Este modelo además se basa en que las relaciones recíprocas dadas entre el niño y el adulto. Resalta que la regulación de las emociones, la tolerancia a la frustración y la habilidad para resolver conflictos por parte del niño no se adquiere de manera independientemente, sino que son consecuencia de la forma y de los modelos utilizados por los adultos para enseñar a los niños. Según este modelo el resultado de la conducta variara de acuerdo al grado de afinidad entre las características del niño y las del adulto. Teniendo en cuenta estos postulados, desde este enfoque, el comportamiento oposicionista estaría influenciado por una discrepancia entre padres e hijos, dentro de la cual las características de la interacción de una de las partes, por ejemplo, el hijo, son evaluadas negativamente por parte de los padres, lo que facilita la ocurrencia de comportamientos desadaptativos.

Por lo tanto para poder disminuir las conductas oposicionistas se requiere que exista una compatibilidad entre las características de interacción entre padres e hijo, por lo cual en primera instancia se deben abordar las dificultades que puedan existir en la resolución de aquellos aspectos en los que se evidencien diferencias entre las dos partes.

Cuando surge la frustración ante una situación específica y ésta puede generar una conducta explosiva, empieza la intervención terapéutica. En cuanto se determina en qué circunstancias el niño es explosivo, se tiene que hallar la explicación cognitiva de cuáles son las habilidades con las que no cuenta. Es así como las conductas explosivas ocurren cuando las demandas cognitivas son superiores a la capacidad del niño para responder de forma adaptativa. Entonces, si se tiene claridad sobre los factores desencadenantes de dicha reacción, se facilitará la comprensión por parte de los adultos de porque el niño actúa de manera explosiva. Por tanto, en cuanto se reconozcan las habilidades cognitivas, éstas deberán entrenarse. (Greene, 1998, Greene., et al, 2002). De manera general, Greene afirma que el principal postulado de este modelo es reflexionar en que el niño no elige ser explosivo o ir en contra de las normas, de la misma forma en que un niño no elige tener problemas en lectoescritura, sino que presenta un déficit en estas habilidades que son cruciales para ser flexible y tolerar la frustración.

Para Kazdin y Whitley (2006) los programas de entrenamiento parental han demostrado mejoras significativas en el comportamiento infantil identificándose además cambios en el funcionamiento familiar y la autoestima de los padres entre otros aspectos. A su vez, los programas de entrenamiento en habilidades sociales son indispensables puesto los datos nos alertan de que las consecuencias negativas, de la incompetencia social se relaciona con un

múltiples desajustes y problemas como son poca aceptación, rechazo, ignorancia y retraimiento, dificultades emocionales y escolares, desajustes psicológicos entre otros (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, y Klein, 1989).

Con respecto a la eficacia de la intervención multimodal, cabe mencionar que a partir de una investigación realizada por en la ciudad de Bogotá, se halló que el 59,4% de los niños preescolares presentaban Trastorno Oposicional Desafiante, de los cuales el 9,4% exhibían comorbilidad con la ansiedad y el 6,3%, con depresión. Con relación a los resultados de esta investigación se encontró que posterior al tratamiento multimodal se observó una disminución de conductas externalizantes tales como pataletas, conductas desafiantes, de molestar a otros, además un aumento en el rendimiento escolar y mejoramiento de otras conductas sociales. (Muñoz, 2005).

6.8 Influencia de los estilos parentales en el desarrollo del Trastorno Negativista Desafiante.

Los problemas externalizantes, se describen por comportamientos perturbadores como la agresividad, la inquietud motora, o la delincuencia. En este sentido, una característica clara de estos problemas es la naturaleza perturbadora de la conducta del niño, como el caso del Trastorno Negativista Desafiante, la cual es de interés para profesores, psicólogos y otros profesionales porque interfieren en las actividades de su grupo de pares y de los adultos, son menos disciplinados y presentan reacciones más problemáticas que los demás (Reynolds y Kamphaus, 2004).

Existen diferentes aproximaciones teóricas que relacionan los problemas externalizantes con determinadas características de los padres como pueden ser sus prácticas de crianza y sus estilos parentales. Con relación a las dimensiones clásicas de investigación del estilo parental, se encuentra la establecida por Maccoby y Martin (1983) o Baumrind (1991), que establecían cuatro tipologías de padres, autoritativos, autoritarios, permisivos y negligentes.

Sustentándose en este modelo, una investigación realizada por Steinberg et al. (2006), donde se relacionaron las dimensiones que dan lugar a los cuatro tipos de padres con cuatro indicadores de la exteriorización de problemas relacionados con agresiones, robos o consumo de sustancias, se estableció la siguiente relación:

1. El estilo autoritativo es el que mejor previene la aparición de los problemas externalizantes.
2. El estilo autoritario arroja resultados menos eficientes que el autoritativo, aunque mejores que los demás.
3. El estilo negligente y el permisivo son los que presentan una relación más directa con los problemas externalizantes en los niños.

Otra aproximación a la relación entre los estilos parentales y los problemas externalizantes se sustenta en las investigaciones que han encontrado una relación contradictoria entre el afecto y apoyo parental y estos problemas. En este orden, la expresión de emociones positivas en el hogar por parte de los padres y en presencia del hijo (aunque no necesariamente

orientadas hacia el hijo) han sido relacionadas con bajos niveles de problemas externalizantes (Eisenberg et al., 2001).

En esta línea, algunos autores sugieren que la razón para la correlación entre la expresión de afecto y apoyo parental y la baja tasa de problemas externalizantes en los hijos está en los efectos que el primer factor tiene sobre la regulación emocional del niño, que tiene influencia sobre sus estados motivacionales, sentimientos y comportamientos relacionados. Por tal razón, los padres afectuosos crían hijos más adaptados y menos propensos a experimentar ira o frustración y a manifestar problemas como la agresión (Eisenberg, Zhou, Spinrad, Valiente, Faber y Liew, 2005).

Si bien el modelo anterior se centra en el afecto y el apoyo como factor de protección ante la exteriorización de problemas, la Teoría de la Coerción de Patterson (1982, 2002) plantea que el principal mecanismo para el desarrollo de un comportamiento antisocial en el niño es la percepción de un estilo parental coercitivo. Esta teoría expone que un estilo parental coercitivo es ideal para suministrar al niño los motivos y las oportunidades para aprender y poner en práctica comportamientos antisociales, en lugar de aprender y poner en práctica habilidades sociales.

Patterson (1982) sostenía que las prácticas de crianza de la familia eran el principal determinante de la conducta antisocial en el niño, basadas en un mecanismo básico denominado “condicionamiento de escape”, a partir del cual un niño aprende a responder de forma aversiva para dar fin a los comportamientos agresivos de sus padres o hermanos.

Durante la infancia, una disciplina ineficaz da origen a interacciones familiares coercitivas que enseñan al niño un repertorio de conductas aversivas. De forma paralela a este entrenamiento en conductas agresivas, se da un déficit en el aprendizaje de habilidades sociales. El resultado es un niño deficiente en habilidades sociales pero muy eficiente en conductas indeseadas. Cuando este niño se incorpora a un nuevo grupo de pares, no posee las habilidades necesarias para una interacción eficaz, por lo que hace uso de los comportamientos inadaptados aprendidos en su entorno familiar para conseguir sus objetivos.

Aunque la teoría de Patterson no se enfoca en la influencia del entorno familiar, Fagot y Leve (1998) sostienen que los efectos de variables como el estatus socioeconómico, la estructura familiar o las características personales de los padres son mediados por el estilo parental. En uso de esta teoría, Fagot (1992), empleando una muestra de niños en edad preescolar, encontró que un estilo disciplinario negativo predecía altos niveles de interacciones inadecuadas con los compañeros en juegos de grupo y altas puntuaciones en la escala de agresividad del *Child Behavior Checklist* (Achenbach y Edelbrock, 1983, citado en) según las madres.

En otro estudio, aplicando también la teoría de Patterson, el grupo los autores concluyeron que las prácticas parentales disfuncionales dadas por la coerción y las reacciones disciplinarias desmesuradas se relacionaban con los problemas externalizantes en los hijos. (Prinzie, Onghena, Hellinckx, Grietens, Ghesquière y Colpin, 2004). Otros investigadores han tratado de describir aspectos de los estilos y prácticas parentales relacionados con el comportamiento antisocial y los problemas externalizantes en los hijos. En este sentido, en una revisión llevada a cabo por Eisenberg y Valiente (2002), se citan los siguientes:

1. Supervisión: hace referencia al conocimiento que tienen los padres sobre qué está haciendo y con quién está su hijo. Los niños poco supervisados tienden a llevar a cabo más conductas antisociales o agresivas.
2. Consistencia de la disciplina: una disciplina inconsistente fomenta la agresividad y la delincuencia, porque se refuerza la desobediencia del niño.
3. Estilo parental coercitivo: como se ha indicado anteriormente, el niño aprende los comportamientos antisociales a través de las prácticas coercitivas de sus padres.
4. Afecto y negatividad: los bajos niveles de afecto junto con altos niveles de ira y hostilidad distinguen a los padres de hijos agresivos y con problemas de conducta.
5. Castigo físico: los padres que usan esta práctica modelan la conducta de su hijo, de manera que estos utilizarán este mismo método para modificar la conducta de los demás.
6. Factores contextuales: como se ha indicado anteriormente, algunos factores como el estatus socioeconómico se han relacionado con la violencia y la agresividad a través de los estilos y prácticas parentales.
7. Conflicto interparental: está asociado con los problemas externalizantes, por medio de su influencia en la seguridad emocional del niño.

Con relación al entrenamiento conductual de los padres frente a los estilos de crianza, existe evidencia de que facilitar el que los padres utilicen un estilo de crianza fundamentado en apoyar a los niños y reforzarlos por sus logros es eficaz para la prevención de la violencia.

Boardman, 1962 (citado en Raya, 2008), propuso la necesidad de modificar la conducta de los padres como una forma efectiva para cambiar la conducta de los niños. El entrenamiento conductual para padres se ha reconocido como la principal estrategia de intervención de las conductas disruptivas (Forehand, Jones, & Parent, 2013). El entrenamiento conductual se ha encaminado fundamentalmente a las conductas de oposición, desobediencia y agresión infantil (Forgatch & Patterson, 2010).

Con el objeto de realizar una describir qué prácticas de crianza promueven o previenen el desarrollo o mantenimiento de problemas de conducta en niños, Cornell y Frick (2007) mediante un estudio analizaron la interacción de 87 diadas madre-hijo con niños entre los tres y los cinco años de edad. Los resultados mostraron que la disciplina basada en el establecimiento claro y consistente de reglas es más efectiva para que los niños aprendan a reaccionar favorablemente a las normas establecidas por los adultos. Estos autores llegaron a la conclusión de que las prácticas de crianza basadas en estrategias de obediencia, que evitan el uso de castigo corporal, fueron efectivas para reducir los problemas de conducta. Estos mismos autores, también encontraron, un efecto de interacción entre las conductas inconsistentes de los padres y el temperamento de sus hijos que pronosticaron conductas propias de baja empatía con la autoridad y bajos niveles de culpa por violación de reglas. Además, hallaron un efecto de interacción entre las conductas autoritarias de los padres y el temperamento de sus hijos como predictores de bajos niveles de culpa en el niño. Puntualizaron que el castigo corporal, asociado con las conductas autoritarias de los padres, estuvo negativamente relacionado con la empatía.

Otros autores, identificaron que el aumento en la interacción positiva entre padres e hijos basada en la cooperación, el apego y la mutua reciprocidad elicó conductas prosociales en los niños. (Kochanskay y Murray, 2000).

El manejo de los problemas de conducta infantil deben entonces dirigirse en la evaluación del cambio en las conductas de los padres que permitan probar si tal modificación genera un cambio en el reporte de las conductas disruptivas de los niños (Forehand et al., 2013).

6.9 Relación entre autorregulación emocional y trastorno negativista desafiante.

Los niños con Trastorno Negativista Desafiante (TND) presentan déficits en funciones ejecutivas, específicamente en la autorregulación, la flexibilidad cognitiva o capacidad de cambio y la habilidad para resolver problemas mediante la planificación y la organización. Por esta razón, es predecible que estos niños exhiban no únicamente problemas en su conducta asocial, sino también a nivel académico (Da Fonseca et al., 2010). Según una investigación llevada a cabo por Hyon-Won et al. (2010) en Seúl, se encontró ciertamente que los niños con TND presentaban inadecuadas relaciones intrafamiliares, bajo rendimiento académico, deficiencias cognitivas y sociales, bajos patrones de autodirección, cooperación y persistencia.

En los niños que presentan conductas desafiantes se observa un alto grado de estrés emocional dentro de la familia al igual que en la escuela, manifestando infelicidad en la ejecución de sus tareas en esos ambientes.

Las conductas desafiantes constituyen con frecuencia el canal al que recurren los niños que carecen de las habilidades comunicativas y socioemocionales para expresar sus necesidades; surgen cuando existe un desajuste en la interacción que instauran con su contexto social y escolar. Se han identificado cuatro supuestos básicos que determinan la manifestación de las conductas desafiantes, la primera de estas sostiene que dichas conductas, presentan un carácter comunicativo, debido a que por medio de ellas los niños exteriorizan sus emociones o estados de ánimo, como es el caso del enojo o la tristeza o que se configuran como acciones para llamar la atención. En segundo lugar se especifica que estas conductas, componen las expresiones de un desajuste entre el niño y su entorno, razón por la cual, no son un “problema de conducta” que tienen los niños, sino una reacción que aparece cuando el contexto familiar o escolar no responde a sus necesidades, dentro del tercer supuesto, se distinguen por dos componentes: la forma (topografía) es la manifestación de la conducta, por ejemplo el berrinche; la función (objetivo) es la intención que el niño persigue con esa conducta, por ejemplo, el berrinche que le sirve para llamar la atención y finalmente se establece que la conducta desafiante, posee un carácter sustituto del lenguaje, es decir, los niños utilizan las conductas desafiantes en lugar del lenguaje, cuando tienen habilidades comunicativas limitadas y/o cuando han aprendido que a través de estos comportamientos pueden satisfacer sus necesidades (Tamarit, 2005).

Si bien la agresividad es un mecanismo de defensa y de adaptación inherente al ser humano, se comienza a considerar problemática cuando interfiere con la calidad de vida de la propia persona y su entorno, en el presente caso es una de las principales conductas manifiestas en el paciente, que genera preocupación en los padres y la institución educativa, incluyendo a los padres de familia.

La agresión es definida como una conducta tanto física como verbal, dirigida hacia alguien con el propósito de lastimarlo (Berkowitz, 1996). Relacionadas a esta se hallan la ira y la hostilidad, como factores facilitadores. La ira corresponde al componente emocional o afectivo y se define como una emoción básica, que varía en intensidad desde el enfado leve o irritación, hasta la rabia y furia intensa (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs, & Worden, 1985), y que se asocian con procesos psicofisiológicos de elevada activación (Sanz, Magán & García-Vera, 2006). Mientras que la hostilidad, implica un conjunto de actitudes negativas complejas como la desconfianza, duda, desprecio y juicios negativos hacia otros, que corresponderían al componente cognitivo de la agresión (Berkowitz, 1996; Roncero Villareal, 2012).

La conducta agresiva ha estado relacionada como síntoma en varios desórdenes psiquiátricos en la infancia y en la adolescencia. En estos se incluyen el trastorno disocial, trastorno de conducta y el Trastorno Negativista Desafiante (American Psychiatric Association APA, 2013).

Por otra parte, es importante revisar la definición de empatía, la cual se ha considerado lo opuesto a la agresión (Krebs y Miller, 1985) que en muchos casos se ha asociado al retraimiento, al rechazo, al odio y a la violencia social (Martín-Baró, 2003); la empatía, por el contrario, se ha relacionado con la conducta prosocial, el altruismo, la autorregulación emocional y cognitiva y la inhibición de la conducta agresiva en las relaciones interpersonales (Mestre, Samper y Frías, 2002).

Varias investigaciones han llegado a la conclusión de que las personas empáticas presentan un menor número de conductas agresivas producto de su sensibilidad emocional y su habilidad para comprender las consecuencias dañinas para los otros y para sí mismo como resultado de la agresión (Bandura, 1987; Hoffman, 1987); es así como la empatía se ha correlacionado negativamente con la conducta agresiva y positivamente con el altruismo y la conducta prosocial (Mestre, Samper y Frías, 2002).

Lo anterior permite evidenciar que las emociones juegan un papel importante en la vida de los niños, lo que es observable con arranques de risa, violencia, tristeza, frustración, etc. Las emociones favorecen el desarrollo de nuevas capacidades y competencias, pero también pueden socavar el aprendizaje. El interés y goce que un niño pone en el dominio de nuevas tareas motiva el desarrollo de nuevas capacidades, pero el conflicto con uno de los padres o con el maestro, que deriva en frustración y un intenso enojo o tristeza, puede disminuir su capacidad para actuar de manera competente. El desarrollo socioemocional involucra: afirmar la autoestima y confianza en sí mismo, desarrollar empatía, colaborar con otros niños y adultos, establecer y mantener relaciones de amistad, identificar y comprender los sentimientos de los demás, persistir hasta alcanzar logros y tolerar la frustración, controlar las emociones de forma constructiva e identificar, comprender y comunicar los sentimientos que uno experimenta. Dentro de este enfoque también se apoya de manera estratégica el desarrollo de la autorregulación en el niño, lo que satisface ampliamente uno de los principales objetivos de padres y maestros, quienes aspiran a la autonomía del niño para el cuidado de sí mismos, en la realización de sus actividades y en la relación con los demás; lo que no siempre es sencillo. Fox et al. (2003) definen la autorregulación emocional como el conjunto de procesos que el individuo ejecuta para modular su forma de

responder a los estímulos del entorno. Esta capacidad de autorregulación se modifica gradualmente de acuerdo como se van ocurriendo los procesos de desarrollo neurológico, cognitivo, motriz, comunicativo y lingüístico, junto a la dinámica de su contexto social.

Es durante los tres primeros años de vida, donde los niños aprenden a modular la intensidad y duración de sus emociones. El desarrollo de esta capacidad consiste fundamentalmente en la adquisición de estrategias que le son útiles. Cole, Michael y Teti (1994) sostienen que la autorregulación entre los tres y los seis años resulta crítica en las siguientes conductas: en la tolerancia para el retraso de gratificaciones, la regulación verbal de las emociones y en el ajuste de la expresión emocional a las normas socioculturales. De tal forma que el desarrollo de estas conductas de carácter autorregulador se configura en una exigencia fundamental de padres y profesores.

Por su parte, el lenguaje cumple un papel significativo en la regulación de las emociones. El diálogo se inicia en forma inicial casi con el habla, los niños empiezan a compartir con sus padres sus emociones y éstos, con sus comentarios, les ayudan a comprenderlas y a regular su expresión. Cuando los niños comprenden sus emociones, adquieren mayor habilidad en su autorregulación y hacia los tres años comienzan a hablarse a sí mismos para tranquilizarse y darse ánimos. La expresión abierta de las emociones se configura como el medio a través del cual el niño les enseña a los adultos su necesidad para que le ayuden a regularlas. A medida que el niño va consiguiendo regularse a sí mismo, alrededor de los seis u ocho años, la ayuda del adulto va siendo menos necesaria o requiere modificaciones para fortalecer otras áreas de desarrollo (Holodynski, 2004)

7 Análisis del caso

La unidad de análisis del presente estudio de caso, corresponde a la descripción de la intervención multimodal para el Trastorno Negativista Desafiante desde el enfoque cognitivo Conductual a fin de valorar la efectividad en las estrategias terapéuticas implementadas. A partir de la intervención realizada se obtuvieron avances significativos en el niño, padres y escuela, la eficacia de la intervención terapéutica ha sido satisfactoria, teniendo en cuenta la intensidad y frecuencia de las conductas disfuncionales que se identificaron en el niño. Si bien es cierto, que se debe profundizar y/o extender algunos entrenamientos para obtener resultados finales firmes y consistentes a lo largo del tiempo. Queda pendiente trabajar entrenamiento en habilidades sociales con el niño, y llevar a cabo sesiones de prevención en de un trastorno del estado de ánimo o ansiedad, ya que cumple todos los factores de riesgo. En cuanto al entrenamiento de los padres también se hace necesario seguir trabajando.

En esta misma línea, la intervención multimodal ha permitido un avance significativo en el caso, debido a que las técnicas y estrategias que se han desarrollado en lo que va de la intervención han permitido una orientación adecuada hacia el mejoramiento del paciente y hacia el manejo que los padres le han dado a los comportamientos del paciente.

Tras el análisis de la intervención multimodal en el presente caso de TND y de los resultados de ésta, se observó que su efectividad para este tipo de casos es relevante, por lo que sin duda la psicoterapia desempeña un papel importante en el manejo de estos niños, disminuyendo sus conductas disruptivas, tanto en el ámbito familiar como en el social.

Como se mencionó anteriormente, la gravedad de los problemas conductuales en niños o adolescentes con TND requiere que se lleve a cabo una intervención amplia que incluya al niño, su familia, la escuela y la comunidad a largo plazo. En este orden, según sustenta Luiselli, 2002, el tratamiento actual de primera línea utilizado es la terapia cognitivo-conductual, desde la cual se implementan estrategias orientadas al entrenamiento a padres y profesores, y la terapia individual con el niño o adolescente dotándolo de herramientas alternativas a la conducta aprendida. Esto es coherente con los resultados obtenidos en la intervención realizada, lo que una vez más evidencia la efectividad de desarrollar un programa de intervención multimodal, haciendo uso de procedimientos cognitivos y conductuales, con el paciente y con las principales personas de su entorno familiar y social.

Se ha demostrado en numerosas investigaciones que el tratamiento que muestra una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela (Pelham y Fabiano, 2008). En el caso del presente estudio la intervención en el entorno escolar tuvo algunas limitaciones, lo que lleva a presumir que si en este ámbito se hubiera logrado mayor impacto el avance del niño y los resultados obtenidos hubieran sido más significativos. Esta baja participación por parte de los profesores dificultó el trabajo con el paciente, puesto que en el ambiente escolar no se reforzaba lo que el niño aprendía en consulta y en casa. Éste puede ser un factor importante y uno de los motivos principales por los que el niño puede presentar aumentos en sus conductas desafiantes.

Cabe resaltar, que actualmente la intervención psicológica sobre casos de TND supone la aplicación de programas multimodales integrados por diferentes técnicas que se llevan a la práctica en el entorno natural. Dentro de estas técnicas cabe distinguir las que son específicas para el niño y las que sirven para entrenar y formar a padres y profesores. En términos más precisos, tal como lo argumentan Bornas y Servera, 1996, esta intervención se apoya en los fundamentos del análisis conductual aplicado y la teoría del aprendizaje social.

Es así como, la intervención cognitivo conductual surge del interés por integrar los beneficios de las técnicas operantes y de los planteamientos cognitivos, uniendo el refuerzo positivo y la extinción al modelamiento y la auto instrucción, entre otras técnicas. Cabe mencionar que, bajo el término de técnicas cognitivo-conductuales se engloba a más de 200 técnicas de tratamiento tal como argumentan Kazdin y Johnson, 1994.

Citando a Lazarus, 1983, la terapia multimodal corresponde a una terapia de tipo cognitivo-conductual. La cual fue planteada por el autor en 1971, en su libro "Behavior therapy and beyond" en cuyo inicio sustenta la reformulación de la terapia de conducta usada, sugiriendo en esta obra la necesidad de adaptar la terapia a las características personales del individuo en cuestión, el análisis de la demanda de tratamiento (en base a las expectativas , necesidades del paciente, actitudes personales y aspectos socioculturales) y el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de casos . Es decir este autor, aporta una propuesta de una terapia ecléctica técnicamente (teóricamente cognitiva-conductual) de "amplio espectro" que tiene como finalidad la evaluación amplia del problema y la selección de técnicas eficaces. La terapia

multimodal presta especial atención al modal social o interpersonal y al perfil de funcionamiento personal del sujeto.

Según lo sustentado desde el modelo Collaborative Problem Solving (CPS), el cual se basa en las relaciones recíprocas dadas entre el niño y el adulto, resaltando que la regulación de las emociones, la tolerancia a la frustración y la habilidad para resolver conflictos resultan de la forma y de los modelos utilizados por los adultos para enseñar a los niños, haciendo un análisis de estos postulados frente a las conclusiones de un grupo de investigadores, en el que las prácticas parentales disfuncionales dadas por la coerción y las reacciones disciplinarias desmesuradas se relacionaban con los problemas externalizantes en los hijos (Prinz, Onghena, Hellinckx, Grietens, Ghesquière y Colpin, 2004), encontraríamos una relación entre las prácticas parentales y la problemática del paciente, por lo que la intervención con los padres en este caso es prioritaria.

De esta manera el enfoque de la terapia multimodal, se centra en buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular. Para ello en el presente caso se analizaron las características del paciente, priorizando dentro de estas, su habilidad de auto regulación emocional, lográndose obtener una información global y minuciosa del paciente y de su ambiente familiar y social.

Debido a que la intervención multimodal evalúa en cada caso, cada una de sus particularidades y la forma como se da la interacción entre cada una de las áreas implicadas en la problemática, los resultados que se obtienen mediante su implementación reflejan mayor efectividad.

En el presente caso a partir del abordaje de las diferentes dimensiones descritas, individuo, familia, y entorno social, se obtuvieron resultados positivos en la evolución del paciente y en la disminución de algunas conductas disruptivas, como se vio reflejado en las mediciones pre test y post test de dichas conductas.

Por esta razón es importante que se haga una promoción de procesos de evaluación e intervención, desde los cuales se tenga una integración de los diferentes contextos a fin de que sean efectivas para el mayor número de pacientes posibles y en el menor tiempo posible. Desde este punto de vista la terapia cognitivo conductual resulta ser una de las más eficaces.

Por ultimo cabe señalar que para futuras intervenciones, se debe trabajar durante más tiempo y colectivamente, debido a que realizando un trabajo en equipo y de forma ordenada el avance en menor tiempo en este tipo de casos es posible.

8 Conclusiones y discusión

Este estudio se planteó mostrar los resultados de una intervención multimodal, ya que, se ha encontrado evidencia de la efectividad de esta para el caso de los trastornos de conducta en general, en este caso específicamente para el trastorno negativista desafiante. En este orden, se ha encontrado que el uso de la Terapia Cognitiva Conductual en niños pequeños está cada vez más extendido, si bien es verdad que en ocasiones nos encontramos con dificultades para adecuar el contenido de esta terapia, ya que el desarrollo evolutivo de los niños, hace necesario presentarlo de forma una forma muy simple y adaptada para su edad. (Martinez Pardo, 2010).

A partir del caso, se logró establecer que las inconsistencias en los estilos parentales de los padres y el mal manejo que tanto padres como docentes hacían frente a las conductas negativas del paciente, permitían el aumento y mantenimiento de las conductas, especialmente de las conductas agresivas, creando en el paciente sentimientos de culpa, inferioridad, creyendo erróneamente que se pueden utilizar conductas disfuncionales para hacer frente a situaciones que él considera amenazantes, volviéndose un niño agresivo con su entorno; lo cual pone en evidencia que el no entrenamiento del paciente, de sus padres y docentes puede conllevar al agravamiento del problema y peor aun aumentando la posibilidad de padecer una comorbilidad con un trastorno depresivo.

Con relación a esto, y teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio de casos es mostrar la eficacia de la intervención multimodal desde el enfoque cognitivo conductual en un caso de Trastorno Negativista Desafiante; y que se puede decir que ha sido satisfactoria, se

encontraron diferentes factores externos al terapeuta que han interferido con el tratamiento. Por lo tanto, se hace necesario realizar algunas anotaciones para estudios futuros, dirigidas a las limitaciones presentadas durante el curso del tratamiento, se hace importante para futuras investigaciones, realizar una concientización no solo del paciente, el nivel familiar, sino también del entorno escolar, lo cual no incluye solamente a los docentes sino también a los padres de los demás niños aunque estos no padezcan ningún trastorno, a fin de que puedan tener una comprensión más objetiva sobre los comportamiento de un niño que presenta TND y de esta manera facilitar el proceso de intervención en el ámbito escolar.

En general, los resultados obtenidos muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual a partir del entrenamiento del paciente y de sus padres, aunque de manera más limitada con profesores y su grupo de clase. Aunque los profesores adquirieron conocimientos sobre el TND y sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas, se requiere de continuidad en este proceso a fin de obtener resultados más significativos, donde se profundice en pautas y estrategias educativas para el manejo en el aula, el establecimiento de normas y rutinas a través de las técnicas operantes y el manejo de contingencias. Cabe mencionar que este proceso se inició con los docentes sin embargo, mostraron resistencia en la implementación de las estrategias definidas para el manejo conductual del niño en la escuela.

Los avances en el niño estuvieron dados principalmente por el aprendizaje de estrategias de autorregulación, y técnicas de expresión emocional, lo que permitió que se alcanzara el objetivo de reducir, conductas disruptivas que el niño presentaba.

Por último, se hace necesario mencionar que la Psicología Clínica es un área importante desde la que se debe identificar, intervenir y prevenir esta problemática, enfocándose en la primera infancia, desde donde se inicien tratamientos y apoyo psicológico para los niños que están en riesgo, y de esta manera contribuir para la prevención de las conductas externalizadas en menores de edad y a su vez prevenir trastornos de mayor complejidad en la etapa de la adolescencia.

26. Referencias

Asociación Psiquiátrica Americana, Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales
4 Edición. Washington DC: APA; 2001.

Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales.
5ª Edición. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.

Álvarez, S y Vargas, V. Violencia en la adolescencia. Salud en Tabasco 2002; 8: 95-98.

Barkley, R. (1999). Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales.
Barcelona: Paidós.

Barkley, R.A. Y Benton, M.B. (2000). Hijos desafiantes y rebeldes. Barcelona: Paidós

Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K et al. (2001). The efficacy of problem- solving
communication training alone, behavior management training alone, and their
combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. J Consult
Clin Psychol, 69,926-941.

Berkowitz, L. (1996). Agresión: Causas, consecuencias y control. Bilbao: Desclée de Brouwer

- Burke JD, Loeber R, Birmaher B. (2002). Oppositional defiant and conduct disorder. A review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 1275-1293
- Bornas, X. y Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Bourneville, E. (1897). *Le traitement medicopedagogique des differentes formes de l'idiotie*. Paris:Alcan. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).
- Brazier J. (2010). Is the EQ-5D Fit for purpose in mental health? *Br J Psychiatry*, 5,348-9
- Boardman, W. K. R. (1962). A brief behavior disorder. *Journal of Consulting Psychology*, 26, 293- 297
- Caballo, V; Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Psicología pirámide. Madrid.
- .Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicologicos*. Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Cardo E, Riutort L, Benassar C, Meisel V, García-Banda G, Servera M (2008). Prevalencia del trastorno negativista desafiante según el sexo en una muestra escolar de 6-12 años. XXIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Zaragoza.

- Cohen P, Cohen J, Brook J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence I: age and gender specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 34, 851-67.
- Costin J, Chambers SM. (2007). Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 12, 511-524.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, et al (1996). The Great Smoky Mountain Study of youth. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 1129-35.
- Cohen P, Flory M. (1998) Issues in the disruptive behavior disorders: attention deficit disorder without hyperactivity and the differential validity of oppositional defiant and conducts disorders. In Widieger T, ed. *DSMIV Sourcebook*. Washington DC: American Psychiatric Press, 455-63
- Connor DF. (2002) *Agression & antisocial behavior in children and adolescents. Research and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Cornell, A. H., & Frick, P. J. (2007). The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool

children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 305–318. doi: 10.1080/15374410701444181

Cole, M.K., Michael y Teti (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. Department of Psychology, Pennsylvania State University.

Da Fonseca, D., Cury F., Santos A., Sarrazin P., Poisson F., & Deruelle C. (2010). How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An

De la Osa-Langreo A, Mulas F, Téllez de Meneses M, Gandía R, Mattos L (2007). Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*; 44, 31-5.

Dodge K. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. En: The developmental and treatment of childhood aggression. Pepler DJ, Rubin KH (eds.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 201-218

Eisenberg, N. y Valiente, C. (2002). Parenting and Children's Prosocial and Moral Development. En M. H. Bornstein (Ed.), *Hand Book of Parenting: Vol. 5. Practical Issues in Parenting* (pp. 111-142). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A. y Liew, J. (2005). Relations Among Positive Parenting, Children's Effortful Control, and Externalizing Problems: A Three-Wave Longitudinal Study. *Child Development*, 76, 1055-1071.
- Emberley, E., y Pelegrina, M., (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema - Redalyc*, 23, 21-220.
- Emerson, e. (1995). *Conductas desafiantes*. Cambridge: University Press.
- Ersan EE, Dogan O, Dogan S, Sümer H. (2004) The distributions of symptoms of attention deficit disorder and oppositional defiant disorder in school age in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, 354-61
- Fagot, B. I. y Leve, L. D. (1998). Teacher Ratings of Externalizing Behavior al School Entry for Boys and Girls: Similar Early Predictors and Different Correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 555-566.
- Fleitlich, B y Goodman R (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 6, 727-34

Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent management training – Oregon model: An intervention for antisocial behaviors in children and adolescents. En: Weisz, J. R., Kazdin, A. E., (Eds), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* 2, p. 159-178. Nueva York, E.U.: Guilford.

Forehand, R., Jones, D. J. & Parent, B. A. J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same *Clinical Psychology Review*, 33, 133-145. doi:10.1016/j.cpr.2012.10.010.

Fox, L., Dunlap, G., Hemmeter, M., Joseph, G. y Strain, p. (2003). "The teaching pyramid. A model for supporting social competente and preventing challenging behaviour in young children". *Young Children*, 58(4), 48-5.

Granero R, Ezpeleta L, Domenech JM, De la Osa N (2008). What single reports form children and parents aggregate to attention deficit disorder and oppositional defiant disorder diagnoses in epidemiological studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 17, 352-64 Doi: 10.1007/s00787-008-0677-9

Greene RW (1998). *The explosive child: understanding and parenting easily frustrated 'chronically inflexible' children*. New York: Harper Collins.

Gil-Iníguez, A. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 61-67.

Greene RW (1998). *The explosive child: understanding and parenting easily frustrated 'chronically inflexible' children*. New York: Harper Collins; 1998.

Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux M, Goring JC, Faraone SV. (2002). Psychiatric co-morbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*, 159: 1214-24.

Gadow KD, Noan EE. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD + ADHD symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*, 43, 191-201

Hamilton, S., y Armando, J. (2008). Oppositional Defiant Disorder. *American Family Physician*, 78, 861-868.

Hyon- Won, K., Soo-Churl, C., Boong-Nyun, K., Jae-Won, S., Mn-Sup, S., & Jin-Young, Y. (2010). Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 51, 412-418.

Hernández, Bermúdez, Spence, González, Martínez, Aguilar y Gallegos.(2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamericana de Psicología.

Holodynski, M. (2004). "The miniaturization of expression in the development of emotional self-regulation". *Developmental Psychology*, 40

Karver MS. (2006). Determinants of multiple informant agreement on child and adolescent behaviour. *J Abnorm Child Psychol*, 34, 251-62.

Kramer TL, Phillips SD, Hargis MB, Miller TL, Burns BJ, Robbins JM (2004). Disagreement between parent and adolescent reports of functional impairment. *J Child Psychol Psychiatry*, 45, 248-59.

Kratochwill, T.R., Mott, J. y Dodson, C.L. (1989). Case study and single-case research in clinical and applied psychology. En A. Bellack y M. Herden (Eds.). *Research Methods in Clinical Psychology*, 55-99. New York: Pergamon Press.

Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª.ed.). México: Pearson Educación.

- Kochanska, G., & Murray K. (2000). Mother–child mutually responsive orientation and conscience development: From toddler to early school age. *Child Development*, 71, 417–431. doi: 10.1111/1467-8624.00154
- Lavigne JV, Cicchetti C, Gibbons RD, Binns HJ, Larsen L, DeVito C. (2001) Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 1393-400.
- Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ, Grimm J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders: issues to be resolved from the DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 539-46.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2002). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1468-84.
- Lavigne JV, Lebailly SA, Gouze KR, Cicchetti C et al. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: a comparison of three models. *J Pediatr Psychol*, 33, 449-461.
- Mason WA, Kosterman R, Hawkins JD, Heerenkohl TL, Lengua LJ, McCauley E. (2004) Predicting depression, social phobia, and violence in early adulthood from childhood behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43, 307-16.

Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. (2004) Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*, 45, 609-21.DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x

Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4ª ed., pp. 1-101). New York: Wiley.

Mestre Escrivá, M. V., Samper, García, P., & Frías Navarro, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14, 227-232. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714207>

Moffit TE. (1993) Adolescence limited and life course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev*, 100, 674-701

Ministerio de Protección Social, Universidad CES y Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodoc). (2010). Situación de la salud mental del adolescente. Estudio nacional de la salud mental en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social

Mulas F, Etchepareborda MC, Abad-Mas L, Díaz-Lucero A, Hernández S, De la Osa A, et al. (2013). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*, 44, 31-5.

Muñoz-Farias C, Franco A. (2005). Intervención multimodal en pacientes preescolares con TOD. Trabajo de tesis sub especialización en Psiquiatría Infantil, Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. (2007). Lifetime prevalence, correlates and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry*, 48, 703-13. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x

Ortiz B, Giraldo C y Palacio O, (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. 21, 54-62.

Ortiz, Giraldo y Palacio, (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *IATREIA*, 21, 23- 32.

Ortiz B, Giraldo C y Palacio O, 2008. Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. www.redalyc.org/resumen.oa?id=180513861007, 21, 54-62.

- Pascual-Castroviejo I. (2002) Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*, 35, 11-7.
- Pelham WE, Fabiano GA, Massetti GM (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 34, 449-76
- Prinzle, P., Onghena, P., Hellinckx, W., Grietens, H., Ghesquière, P y Colpin, H. (2004). Parents and Child Personality Characteristics as Predictors of Negative Discipline and Externalizing Problem Behavior in Children. *European Journal of Personality*, 18, 73-102.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA (2015) Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56, 345-65.
- Portugal, R., & Araújo, A. (2004). Modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender trastornos de conducta. (S. D. Casares", Ed.) *Revista de Psiquiatria y Psicología del Niño y Adolescente*, 4(1), 54-64.

Rodriguez, M. (2009). Familia Escuela Resiliencia Familiar (Vol. 1). Buenos Aires, Argentina: Dunken.

Rutter M, Giller H, Hagell A (1999). Antisocial behavior by young people. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38, 1320-1321.

Shaw DS, Owens EB, Biovannelly J, Winslow EB. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40:36-43.

Roa y Del Barrio., (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (pcri-m) a población española. Revista Latinoamericana de Psicología. 33, 329-341.

Roa y Del Barrio., (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (pcri-m) a población española. Revista Latinoamericana de Psicología. 33, 329-341.

Roncero Villareal, D. (2012). Relación entre empatía y agresión en delincuentes juveniles violentos. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 12, 25-45. Recuperado el 10 de octubre de 2014, de <http://www.masterforense.com/pdf/2012/2012art2.pdf>

Sanz, J., Magán, I. y García-Vera, M.P. (2006). Personalidad y el síndrome AHI (Agresión-Hostilidad-Ira): Relación de los cinco grandes con ira y hostilidad. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 6, 153-176

- Sattler, J. & Hoge, R. (2003). Evaluación infantiles: aplicaciones conductuales, sociales y clínicas. Mexico: Manual Moderno
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S., Crane, R.S., Jacobs, G.A. y Worden, T.J. (1985). The Experience and Expression of Anger: Construction and Validation of an Anger Expression Scale. En M.A.Chesney y R.M. Rosenman (Eds), Anger and hostility in cardiovascular and behavioral Disorders. New York: Hemisphere/Mc Graw-Hill
- Segura, Posada, Ospina y Ospina, (2010) Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia. Revista: International Journal of Psychological Research. 3(2)
- Serra, Mattos y Regalla., (2008). Inattention, hyperactivity, and oppositional-defiant symptoms in Brazilian adolescents. J Atten Disord. 20, 1-6.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I. y Cauffman, E. (2006). Patterns of Competence and adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent and Neglectful Homes: A Replication in a Sample of Serious Juvenile Offenders. Journal of Research on Adolescence, 16, 47-58

Steinberg, L. (2001). We know some things: Adolescent-parent relationship in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-20

Skovgaard, A.M., Houmann, T., Landorph, S.L., y Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age: A review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 337-346.

Saudino, K. J., Ronald, A., & Plomin, R. (2005). The etiology of Behavior problems in 7-year-old twins: substantial genetic influence and negligible shared environmental influence for parent ratings and ratings by same and different teachers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 113 - 130. DOI: 10.1007/s10802-005-0939-7

Sourander A, Haavisto A, Ronning JA, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P, et al. (2005). Recognition of psychiatric disorders, and self perceived problems: a follow up study from age 8 to age 18. *J Child Psychol Psychiatry* , 26, 24-34.

Serra, P, Mattos, P y Regalla M. (2008). Inattention, hyperactivity, and oppositional-defiant symptoms in Brazilian adolescents. *J Atten Disord*, 20, 1-6.

Shaw DS, Shelleby EC. (2014) Early-starting conduct problems: intersection of conduct problems and poverty. *Annu Rev Clin Psychol*, 10, 503-28.

Tamarit, J. (2005). Claves para la comprensión e intervención ante las conductas desafiantes en personas con discapacidades del desarrollo. I Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad. Buenos Aires: Eudeba. implicit theory effect. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 234-237.

Torres y Velásquez. (2008). Violencia en los colegios de Bogotá: Contraste internacional y algunas recomendaciones. (U. P. Nacional, Ed.) *Revista Colombiana de Educación - Redalyc*, 1, 14-37

Weissman M, Fendrich M, Warner V, Wickramaratne P. (1992). Incidence of psychiatric disorders in offspring at high and low risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 640-648.

Wright H., Holmes G., Stader S., Penny R., y Wieduwilt, K. (2004). Psychiatric diagnoses of infants and toddlers referred to a community mental health system. *Psychological Reports*, 95, 495-503.

WHO. The ICD-10 (1993). Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. World Health Organization;. Available from:
<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Zwirs BWC, Burger H, Schulpen TWJ, Wiznitzer M, Fedder H, Buitelaar JK. (2007).

Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *J Abnorm Child Psychol*, 35, 556-66.

Anexos

Anexos A. Pruebas administrada

Anexo N° 1. Inventario de Conducta de niños, CBCL.

5.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

Nombre del colegio:	Fecha:						
El cuestionario es relleno por (nombre):							
Con cargo: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input checked="" type="checkbox"/> Otros Especificar: <u>Docente de Science y S. Studies</u>							
Curso: <u>1º C</u>							
Datos personales (niño/a)							
Nombre y apellidos:	Edad:						
Trabajo de los padres (especifique, por ejemplo, mecánico, profesor, ama de casa, obrero cualificado, administrativo, peón, policía, dependiente, etc.). Del padre: De la madre:							
I. ¿Cuánto tiempo hace (en cursos) que conoce a este alumno/a? <u>1 curso</u>							
II. ¿Cómo le conoce? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> No muy bien							
III. ¿Cuántas horas a la semana pasa el alumno/a en su clase? <u>7 horas</u>							
IV. ¿Cuántas asignaturas da usted al alumno/a? (E. ej., 5º curso completo, matemáticas de 6º, etc.) <u>Science y s. studies.</u>							
V. ¿Ha necesitado el alumno/a alguna clase o servicio especial (clase de integración, logopedia, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué clase y cuándo? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé							
VI. ¿Ha repetido curso alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Curso y razón: <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé							
VII. Valore el nivel alcanzado en las diferentes asignaturas. Debe escribir las asignaturas y señalar su calificación en la columna apropiada:							
ASIGNATURA	1. Muy por debajo de su nivel	2. Algo por debajo de su nivel	3. En su nivel	4. Algo por encima de su nivel	5. Muy por encima de su nivel		
<u>Science</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<u>S. Studies</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VIII. Comparado/a con el resto de los alumnos de su misma edad, (señale su valoración en la columna apropiada):							
	1. Mucho menos	2. Algo menos	3. Ligeramente menos	4. Alrededor de la media	5. Ligeramente más	6. Algo más	7. Mucho más
I. ¿Con qué intensidad trabaja?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cómo es de apropiada su conducta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cómo es su nivel de aprendizaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo es de feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

15

IX. Resultados de los tests (si están disponibles) que se le han hecho últimamente (lectura, CI, aptitudes).

Test	Área explorada	Fecha	Resultado
..... / /
..... / /
..... / /

X. Describa con libertad cualquier comentario acerca de la conducta o capacidades del alumno/a (utilice otro folio si es necesario).

..... es un niño creativo e inteligente. Tiene los dispositivos básicos de aprendizaje y para el grado. Se le dificulta seguir las normas del salón y realizar a tiempo las actividades.

XI. En las siguientes páginas se describen diferentes comportamientos propios de niños/as. Tache con una x el número que mejor se corresponda con la conducta de su alumno/a en los últimos meses, de la forma siguiente:

0: No ocurre nada, falso.
1: Ocurre algunas veces, en parte verdad.
2: Ocurre muchas veces, cierto.

001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera a la edad que tiene	0	1	X
002. Canturrea, tararea o hace otros ruidos en clase	0	1	X
003. Discute mucho	0	1	X
004. No acaba las cosas que empieza	0	X	2
005. Siendo niño/a, se comporta como los niños/as del sexo opuesto	X	1	2
006. Desafía o contesta a los profesores	0	1	X
007. Fanfarronea	X	1	2
008. No se puede concentrar, no puede estar atento/a mucho rato	0	1	X
009. No se puede quitar ciertas ideas de la mente, obsesiones, manías. Especifique:	0	X	2
010. No está quieto nunca, no para de moverse	0	X	2
011. Está muy pendiente de la madre, maestra, etc. No se quita del lado de los adultos, pegado a la falda	X	1	2
012. Se queja de que se encuentra solo	X	1	2
013. Está «en las nubes», se mueve en otro mundo, está confuso	X	1	2
014. Lloro mucho	X	1	2
015. En clase se encuentra inquieto, nervioso	0	X	2
016. Mete miedo a los demás, amenaza, intimida a la gente	0	1	X
017. Se pierde en sus pensamientos, «sueña con los ojos abiertos»	X	1	2
018. Se hace deliberadamente dano, ha intentado suicidarse, cortarse, etc.	X	1	2
019. Reclama mucho la atención	0	X	2
020. Rompe sus cosas, juguetes	X	1	2
021. Rompe y destroza las cosas de los demás	0	1	X
022. Es difícil que siga indicaciones o sugerencias	0	X	2
023. No obedece en la escuela	0	X	2
024. Molesta a sus compañeros	0	1	X
025. No se lleva bien con los demás niños	0	X	2

A.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

16

026. No parece tener remordimientos después de actuar mal	0	1	2
027. Reacciona con celos fácilmente	0	X	2
028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., piedrecitas, tierra). Especifique: _____	X	1	2
029. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o sitios (excepto colegio). Especifique: _____	X	1	2
030. Tiene miedo al colegio	X	1	2
031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	X	1	2
032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	0	X	2
033. Siente o se queja de que nadie le quiere	0	X	2
034. Piensa que le persiguen, que van a por él/ella	X	1	2
035. Se siente inútil, inferior a los demás	X	1	2
036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a accidentes	X	1	2
037. Se pelea mucho, con los hermanos, en la calle, colegio	0	1	X
038. Le toman mucho el pelo	X	1	2
039. Va con niños que suelen tener dificultades (malas compañías)	0	X	2
040. Oye cosas que no existen, voces. Especifique: _____	X	1	2
041. Es muy impulsivo, actúa sin pensar	0	1	X
042. Le gusta mucho estar solo/a	X	1	2
043. Es mentiroso/a	0	X	2
044. Se muerde las uñas	X	1	2
045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	0	X	2
046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describa: _____	X	1	2
047. Es demasiado sumiso	X	1	2
048. Los demás no lo quieren, no lo aceptan, lo evitan	0	X	2
049. Tiene dificultad para aprender	X	1	2
050. Es demasiado miedoso/a	X	1	2
051. Se marea	X	1	2
052. Se siente demasiado culpable	X	1	2
053. Habla o contesta aunque no le toque	0	1	X
054. Siempre está cansado/a	0	X	2
055. Pesa demasiado	X	1	2
056. Tiene algún problema físico sin causa médica conocida:			
a) Dolores. Especifique: _____	X	1	2
b) Jaquecas, dolor de cabeza	0	X	2
c) Angustias, náuseas, se siente enfermo	0	X	2
d) Problemas con la vista	X	1	2
e) Problemas con la piel, ronchas	X	1	2
f) Dolor de estómago, espasmos, retortijones	X	1	2
g) Vómitos	X	1	2
h) Otros problemas: _____	X	1	2

057. Ataca físicamente a las personas	0	1	X
058. Se hurga la nariz, se rasca continuamente alguna parte del cuerpo. Describa: _____	X	1	2
059. Se duerme en clase	X	1	2
060. Se muestra apático, sin entusiasmo	0	X	2
061. Trabaja mal en la escuela	0	X	2
062. Es torpe, tiene poca coordinación	0	X	2
063. Prefiere jugar con niños mayores que él/ella	X	1	2
064. Prefiere jugar con niños menores que él/ella	X	1	2
065. Se niega a hablar, no habla más que en la familia	X	1	2
066. Repite reiteradamente ciertos movimientos, gestos. Describa: _____	X	1	2
067. Rompe la disciplina de la clase	0	1	X
068. Grita y chilla mucho	0	1	X
069. Se guarda las cosas para sí mismo/a, ensimismado/a	X	1	2
070. Ve cosas que no están. Describa: _____	X	1	2
071. Tiene sentido del ridículo. Se avergüenza fácilmente	X	1	2
072. Presenta los trabajos sucios y descuidados	X	1	2
073. Se comporta de manera irresponsable. Describa en qué cosas: _____	X	1	2
074. Hace el tonto, llama la atención	0	1	X
075. Es tímido/a, retraído/a	X	1	2
076. Su conducta es explosiva y/o impredecible	0	1	X
077. Sus demandas o requerimientos deben ser satisfechos de inmediato, se frustra fácilmente	0	1	X
078. Se distrae con facilidad	0	X	2
079. Tiene dificultades en el habla	X	1	2
080. Se queda en blanco, no reacciona	X	1	2
081. Se siente muy dolido cuando se le critica	X	1	2
082. Roha fuera de casa	X	1	2
083. Colecciona y guarda cosas que no necesita. Describa: _____	X	1	2
084. Tiene un comportamiento raro. Describa: _____	0	1	X
085. Tiene ideas extrañas	0	X	2
086. Es irritable, terco, obstinado	0	1	X
087. Cambia rápidamente de humor	0	1	X
088. Es arisco, solitario	X	1	2
089. Es suspicaz, no confía en nadie	X	1	2
090. Utiliza palabrotas, lenguaje obsceno	X	1	2
091. Habla de suicidio	X	1	2
092. No rinde lo suficiente para su capacidad	0	X	2
093. Habla demasiado, sin parar	0	X	2
094. Molesta mucho	0	1	X
095. Tiene muchas rabietas	0	1	X

4.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

18

[illegible]

Anexo N° 2. Inventario de Conducta de niños, CBCL. Tutora

2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

14

Nombre del colegio:		Fecha:					
El cuestionario es rellenado por (nombre):							
Con cargo: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input checked="" type="checkbox"/> Otros Especificar: Docente - Tutora							
Curso: 1º C							
Datos personales (niño/a)							
Nombre y apellidos:		Edad:					
Trabajo de los padres (especifique, por ejemplo, mecánico, profesor, ama de casa, obrero cualificado, administrativo, peón, policía, dependiente, etc.).							
Del padre:		De la madre:					
I. ¿Cuánto tiempo hace (en cursos) que conoce a este alumno/a? 1 curso							
II. ¿Cómo le conoce? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> No muy bien							
III. ¿Cuántas horas a la semana pasa el alumno/a en su clase? 8 horas							
IV. ¿Cuántas asignaturas da usted al alumno/a? (P.ej., 5º curso completo, matemáticas de 6º, etc.) 1							
V. ¿Ha necesitado el alumno/a alguna clase o servicio especial (clase de integración, logopedia, etc.)?							
<input type="checkbox"/> Sí ¿Qué clase y cuándo?							
<input checked="" type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> No lo sé							
VI. ¿Ha repetido curso alguna vez?							
<input type="checkbox"/> Sí Curso y razón							
<input checked="" type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> No lo sé							
VII. Valore el nivel alcanzado en las diferentes asignaturas. Debe escribir las asignaturas y señalar su calificación en la columna apropiada:							
ASIGNATURA	1. Muy por debajo de su nivel	2. Algo por debajo de su nivel	3. En su nivel	4. Algo por encima de su nivel	5. Mucho por encima de su nivel		
L. Arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VIII. Comparado/a con el resto de los alumnos de su misma edad, (señale su valoración en la columna apropiada):							
	1. Mucho menos	2. Algo menos	3. Igualmente menos	4. Alrededor de la media	5. Igualmente más	6. Algo más	7. Mucho más
1. ¿Con qué intensidad trabaja?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cómo es de apropiada su conducta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cómo es su nivel de aprendizaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo es de feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. Resultados de los tests (si están disponibles) que se le han hecho últimamente (lectura, CI, aptitudes).

Test	Área explorada	Fecha	Resultado
..... / /
..... / /
..... / /

X. Describa con libertad cualquier comentario acerca de la conducta o capacidades del alumno/a (utilice otro folio si es necesario).

Samuel es un niño muy inteligente que posee grandes capacidades para la creatividad. Se le dificulta el seguimiento de normas. Su atención es dispersa lo cual en ocasiones hace que su desempeño no sea el esperado.

XI. En las siguientes páginas se describen diferentes comportamientos propios de niños/as. Tache con una x el número que mejor se corresponda con la conducta de su alumno/a en los últimos meses, de la forma siguiente:

0: No ocurre nada, falso.
1: Ocurre algunas veces, en parte verdad.
2: Ocurre muchas veces, cierto.

001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera a la edad que tiene	0	1	2
002. Canturrea, tararea o hace otros ruidos en clase	0	1	2
003. Discute mucho	0	1	2
004. No acaba las cosas que empieza	0	1	2
005. Siendo niño/a, se comporta como los niños/as del sexo opuesto	0	1	2
006. Desafía o contesta a los profesores	0	1	2
007. Fanfarronea	0	1	2
008. No se puede concentrar, no puede estar atento/a mucho rato	0	1	2
009. No se puede quitar ciertas ideas de la mente, obsesiones, manías. Especifique:	0	1	2
010. No está quieto nunca, no para de moverse	0	1	2
011. Está muy pendiente de la madre, maestra, etc. No se quita del lado de los adultos, pegado a la falda	0	1	2
012. Se queja de que se encuentra solo	0	1	2
013. Está «en las nubes», se mueve en otro mundo, está confuso	0	1	2
014. Lloro mucho	0	1	2
015. En clase se encuentra inquieto, nervioso	0	1	2
016. Mete miedo a los demás, amenaza, intimida a la gente	0	1	2
017. Se pierde en sus pensamientos, «sturna con los ojos abiertos»	0	1	2
018. Se hace deliberadamente daño, ha intentado suicidarse, cortarse, etc.	0	1	2
019. Reclama mucho la atención	0	1	2
020. Rompe sus cosas, juguetes	0	1	2
021. Rompe y destroza las cosas de los demás	0	1	2
022. Es difícil que siga indicaciones o sugerencias	0	1	2
023. No obedece en la escuela	0	1	2
024. Molesta a sus compañeros	0	1	2
025. No se lleva bien con los demás niños	0	1	2

026. No parece tener remordimientos después de actuar mal	0	1	2
027. Reacciona con celos fácilmente	0	1	2
028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., piedrecitas, tierra). Especifique: _____	0	1	2
029. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o sitios (excepto colegio). Especifique: _____	0	1	2
030. Tiene miedo al colegio	0	1	2
031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	0	1	2
032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	0	1	2
033. Siente o se queja de que nadie le quiere	0	1	2
034. Piensa que le persiguen, que van a por él/ella	0	1	2
035. Se siente inútil, inferior a los demás	0	1	2
036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a accidentes	0	1	2
037. Se pelea mucho, con los hermanos, en la calle, colegio	0	1	2
038. Le toman mucho el pelo	0	1	2
039. Va con niños que suelen tener dificultades (malas compañías)	0	1	2
040. Oye cosas que no existen, voces. Especifique: _____	0	1	2
041. Es muy impulsivo, actúa sin pensar	0	1	2
042. Le gusta mucho estar solo/a	0	1	2
043. Es mentiroso/a	0	1	2
044. Se muerde las uñas	0	1	2
045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	0	1	2
046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describa: <i>no hace contacto visual</i>	0	1	2
047. Es demasiado sumiso	0	1	2
048. Los demás no lo quieren, no lo aceptan, lo evitan	0	1	2
049. Tiene dificultad para aprender	0	1	2
050. Es demasiado miedoso/a	0	1	2
051. Se marea	0	1	2
052. Se siente demasiado culpable	0	1	2
053. Habla o contesta aunque no le toque	0	1	2
054. Siempre está cansado/a	0	1	2
055. Pesa demasiado	0	1	2
056. Tiene algún problema físico sin causa médica conocida:			
a) Dolores. Especifique: _____	0	1	2
b) Jaquecas, dolor de cabeza	0	1	2
c) Angustias, náuseas, se siente enfermo	0	1	2
d) Problemas con la vista	0	1	2
e) Problemas con la piel, ronchas	0	1	2
f) Dolor de estómago, espasmos, retortijones	0	1	2
g) Vómitos	0	1	2
h) Otros problemas: _____	0	1	2

4. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

17

057. Ataca físicamente a las personas	0	1	2
058. Se hurga la nariz, se rasca continuamente alguna parte del cuerpo. Describe:	0	1	2
059. Se duerme en clase	0	1	2
060. Se muestra apático, sin entusiasmo	0	1	2
061. Trabaja mal en la escuela	0	1	2
062. Es torpe, tiene poca coordinación	0	1	2
063. Prefiere jugar con niños mayores que él/ella	0	1	2
064. Prefiere jugar con niños menores que él/ella	0	1	2
065. Se niega a hablar, no habla más que en la familia	0	1	2
066. Repite reiteradamente ciertos movimientos, gestos. Describe:	0	1	2
067. Rompe la disciplina de la clase	0	1	2
068. Grita y chilla mucho	0	1	2
069. Se guarda las cosas para sí mismo/a, ensimismado/a	0	1	2
070. Ve cosas que no están. Describe:	0	1	2
071. Tiene sentido del ridículo. Se avergüenza fácilmente	0	1	2
072. Presenta los trabajos sucios y descuidados	0	1	2
073. Se comporta de manera irresponsable. Describe en qué cosas: <i>es desordenado con los libros</i>	0	1	2
074. Hace el tonto, llama la atención	0	1	2
075. Es tímido/a, retraído/a	0	1	2
076. Su conducta es explosiva y/o impredecible	0	1	2
077. Sus demandas o requerimientos deben ser satisfechos de inmediato, se frustra fácilmente	0	1	2
078. Se distrae con facilidad	0	1	2
079. Tiene dificultades en el habla	0	1	2
080. Se queda en blanco, no reacciona	0	1	2
081. Se siente muy dolido cuando se le critica	0	1	2
082. Roba fuera de casa	0	1	2
083. Colecciona y guarda cosas que no necesita. Describe: <i>objetos, plásticos</i>	0	1	2
084. Tiene un comportamiento raro. Describe:	0	1	2
085. Tiene ideas extrañas	0	1	2
086. Es irritable, terco, obstinado	0	1	2
087. Cambia rápidamente de humor	0	1	2
088. Es arisco, solitario	0	1	2
089. Es suspicaz, no confía en nadie	0	1	2
090. Utiliza palabrotas, lenguaje obsceno	0	1	2
091. Habla de suicidio	0	1	2
092. No rinde lo suficiente para su capacidad	0	1	2
093. Habla demasiado, sin parar	0	1	2
094. Molesta mucho	0	1	2
095. Tiene muchas rabietas	0	1	2

4. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

18

[illegible]

Anexo N° 3. Cuestionario para evaluar emociones.

Cuestionario para evaluar emociones en niños de 8-10 años (CEEN).

Nombre: _____

Edad: 7 años

Sexo: M

Grado: 7°

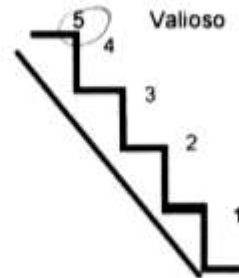
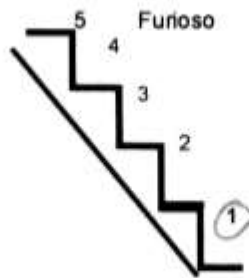
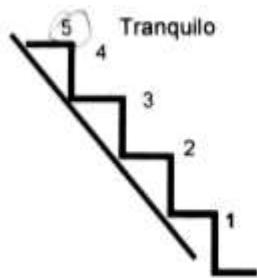
Juan es un niño como tú, debes ayudarlo a responder cada una de las situaciones por las cuales pasa teniendo en cuenta cómo crees que él respondería. No existen respuestas correctas ni incorrectas, ayúdalo marcando todas las respuestas que él quiera.

1. "Hoy es el cumpleaños de Juan, sus padres le celebran una fiesta..."
 - A ☐ Está alegre porque vendrán sus amigos.
 - B ☐ Está triste porque no le regalaron lo que quería.
 - C ☒ Está agradecido con la fiesta que le prepararon sus padres.
 - D ☐ Quiere para él las cosas que cogió otro niño (a) en la piñata.
2. "A Juan lo felicitaron hoy en el matutino de la escuela por el concurso de dibujo que ganó, eso lo hizo sentir..."
 - A ☐ Contento por haber ganado el concurso.
 - B ☐ Se sintió importante por dibujar bien.
 - C ☐ Se sintió avergonzado porque los niños sabían que no lo hizo solo.
 - D ☒ Compartió su premio con los niños que no ganaron para que no se sientan mal.
3. "Una persona que Juan quiere mucho está enferma..."
 - A ☐ Él cree que pronto se mejorará.
 - B ☐ Lloro mucho.
 - C ☐ Está intranquilo por no saber lo que puede pasar.
 - D ☒ Le da cariño para que se sienta bien.

Abuelo "Cuello"
"Mamá y Papá" (Felicidad)
4. "Juan se cayó en el parque mientras jugaba con sus amigos, todos rieron y..."
 - A ☐ Salió corriendo y no quería ver a nadie porque le dio pena.
 - B ☐ Se levantó tranquilamente y siguió jugando.
 - C ☐ Se puso furioso.
 - D ☒ Espera no haberse lastimado.
 - E ☐ Se siente culpable porque sus padres le habían dicho que no corriera.
5. "Juan está en una prueba y dice que las preguntas difíciles..."
 - A ☐ Se siente mal porque no estudió.
 - B ☒ Responde a las preguntas con mucha tranquilidad.
 - C ☐ Está nervioso.

Examen Sociales
6. "Un niño llevó un juego nuevo al aula y todos quieren jugar con él..."
 - A ☐ Juan quisiera que se le rompiera el juguete porque él no lo pudo tener.
 - B ☒ Juan le da las gracias a su amigo por dejarlo jugar.
 - C ☐ Juan piensa que los niños ya no jugarán con él y querrán jugar solo con el juego nuevo.
7. "La maestra seleccionó al mejor lector..."
 - A ☐ Juan siempre es el mejor lector.

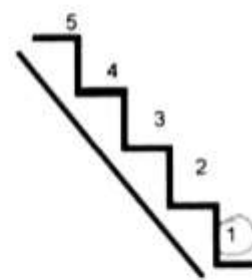
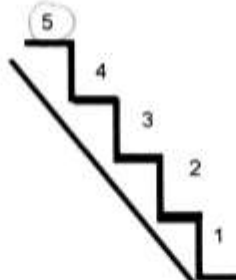
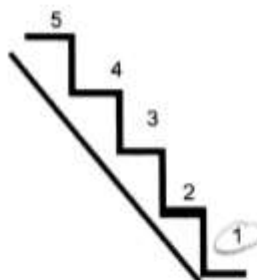
Marca en la escalera cómo crees que se sintió Juan hoy según cada palabra.



Nervioso

Amigable

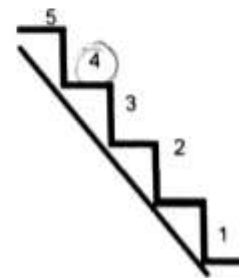
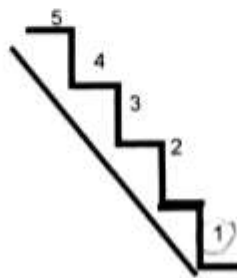
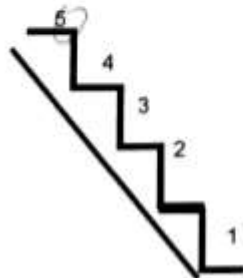
Triste



Agradecido

Avergonzado

Esperanzado

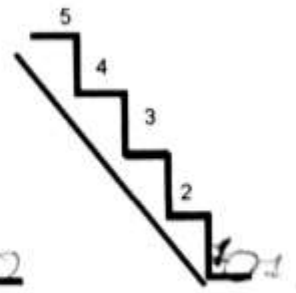
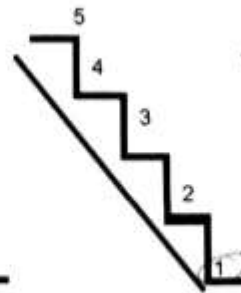
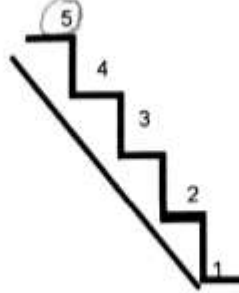
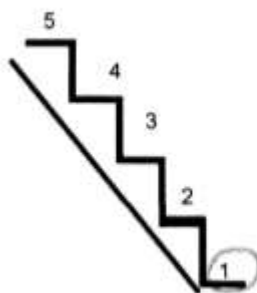


Culpable

Alegre

Celoso

Envidioso



15.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

15

IX. Resultados de los tests (si están disponibles) que se le han hecho últimamente (lectura, CI, aptitudes).

Test	Área explorada	Fecha	Resultado
..... / /
..... / /
..... / /

X. Describa con libertad cualquier comentario acerca de la conducta o capacidades del alumno/a (utilice otro folio si es necesario).

.....

.....

.....

XI. En las siguientes páginas se describen diferentes comportamientos propios de niños/as. Tache con una x el número que mejor se corresponda con la conducta de su alumno/a en los últimos meses, de la forma siguiente:

0: No ocurre nada, falso.
1: Ocurre algunas veces, en parte verdad.
2: Ocurre muchas veces, cierto.

001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera a la edad que tiene	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
002. Canturrea, tararea o hace otros ruidos en clase	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
003. Discute mucho	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
004. No acaba las cosas que empieza	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
005. Siendo niño/a, se comporta como los niños/as del sexo opuesto	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2
006. Desafía o contesta a los profesores	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
007. Fanfarronea	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
008. No se puede concentrar, no puede estar atento/a mucho rato	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
009. No se puede quitar ciertas ideas de la mente, obsesiones, manías. Especifique:	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
010. No está quieto nunca, no para de moverse	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2
011. Está muy pendiente de la madre, maestra, etc. No se quita del lado de los adultos, pegado a la falda	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2
012. Se queja de que se encuentra solo	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
013. Está «en las nubes», se mueve en otro mundo, está confuso	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2
014. Lloro mucho	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2
015. En clase se encuentra inquieto, nervioso	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
016. Mete miedo a los demás, amenaza, intimida a la gente	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
017. Se pierde en sus pensamientos, «sueña con los ojos abiertos»	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
018. Se hace deliberadamente daño, ha intentado suicidarse, cortarse, etc.	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2
019. Reclama mucho la atención	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
020. Rompe sus cosas, juguetes	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
021. Rompe y destroza las cosas de los demás	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2
022. Es difícil que siga indicaciones o sugerencias	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2
023. No obedece en la escuela	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
024. Molesta a sus compañeros	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2
025. No se lleva bien con los demás niños	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2

15.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

16

026. No parece tener remordimientos después de actuar mal	0	1	2
027. Reacciona con celos fácilmente	0	1	2
028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., piedrecitas, tierra). Especifique: _____	0	1	2
029. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o sitios (excepto colegio). Especifique: _____	0	1	2
030. Tiene miedo al colegio	0	1	2
031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	0	1	2
032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	0	1	2
033. Siente o se queja de que nadie le quiere	0	1	2
034. Piensa que le persiguen, que van a por él/ella	0	1	2
035. Se siente inútil, inferior a los demás	0	1	2
036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a accidentes	0	1	2
037. Se pelea mucho, con los hermanos, en la calle, colegio	0	1	2
038. Le toman mucho el pelo	0	1	2
039. Va con niños que suelen tener dificultades (malas compañías)	0	1	2
040. Oye cosas que no existen, voces. Especifique: _____	0	1	2
041. Es muy impulsivo, actúa sin pensar	0	1	2
042. Le gusta mucho estar solo/a	0	1	2
043. Es mentiroso/a	0	1	2
044. Se muerde las uñas	0	1	2
045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	0	1	2
046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describa: _____	0	1	2
047. Es demasiado sumiso	0	1	2
048. Los demás no lo quieren, no lo aceptan, lo evitan	0	1	2
049. Tiene dificultad para aprender	0	1	2
050. Es demasiado miedoso/a	0	1	2
051. Se marca	0	1	2
052. Se siente demasiado culpable	0	1	2
053. Habla o contesta aunque no le toque	0	1	2
054. Siempre está cansado/a	0	1	2
055. Pesa demasiado	0	1	2
056. Tiene algún problema físico sin causa médica conocida:			
a) Dolores. Especifique: _____	0	1	2
b) Jaquecas, dolor de cabeza	0	1	2
c) Angustias, náuseas, se siente enfermo	0	1	2
d) Problemas con la vista	0	1	2
e) Problemas con la piel, ronchas	0	1	2
f) Dolor de estómago, espasmos, retortijones	0	1	2
g) Vómitos	0	1	2
h) Otros problemas: _____	0	1	2

15.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

17

057. Ataca físicamente a las personas	0	1	2
058. Se hurga la nariz, se rasca continuamente alguna parte del cuerpo. Describa:	0	1	2
059. Se duerme en clase	0	1	2
060. Se muestra apático, sin entusiasmo	0	1	2
061. Trabaja mal en la escuela	0	1	2
062. Es torpe, tiene poca coordinación	0	1	2
063. Prefiere jugar con niños mayores que él/ella	0	1	2
064. Prefiere jugar con niños menores que él/ella	0	1	2
065. Se niega a hablar, no habla más que en la familia	0	1	2
066. Repite reiteradamente ciertos movimientos, gestos. Describa:	0	1	2
067. Rompe la disciplina de la clase	0	1	2
068. Grita y chilla mucho	0	1	2
069. Se guarda las cosas para sí mismo/a, ensimismado/a	0	1	2
070. Ve cosas que no están. Describa:	0	1	2
071. Tiene sentido del ridículo. Se avergüenza fácilmente	0	1	2
072. Presenta los trabajos sucios y descuidados	0	1	2
073. Se comporta de manera irresponsable. Describa en qué cosas:	0	1	2
074. Hace el tonto, llama la atención	0	1	2
075. Es tímido/a, retraído/a	0	1	2
076. Su conducta es explosiva y/o impredecible	0	1	2
077. Sus demandas o requerimientos deben ser satisfechos de inmediato, se frustra fácilmente	0	1	2
078. Se distrae con facilidad	0	1	2
079. Tiene dificultades en el habla	0	1	2
080. Se queda en blanco, no reacciona	0	1	2
081. Se siente muy dolido cuando se le critica	0	1	2
082. Roba fuera de casa	0	1	2
083. Colecciona y guarda cosas que no necesita. Describa:	0	1	2
084. Tiene un comportamiento raro. Describa:	0	1	2
085. Tiene ideas extrañas	0	1	2
086. Es irritable, terco, obstinado	0	1	2
087. Cambia rápidamente de humor	0	1	2
088. Es arisco, solitario	0	1	2
089. Es suspicaz, no confía en nadie	0	1	2
090. Utiliza palabrotas, lenguaje obsceno	0	1	2
091. Habla de suicidio	0	1	2
092. No rinde lo suficiente para su capacidad	0	1	2
093. Habla demasiado, sin parar	0	1	2
094. Molesta mucho	0	1	2
095. Tiene muchas rabietas	0	1	2

15.1.2. Inventario de Conducta de niños (Child Behavior Checklist, CBCL)

18

[illegible]

Anexo N° 5. Cuestionario Emocional del Padre

CUESTIONARIO EVALUACIÓN EMOCIONAL

NOMBRE DEL NIÑO: _____

EDAD: 7 Años FECHA: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO: _____

Las preguntas que responderá a este cuestionario son absolutamente confidenciales. Tienen como propósito hacer un análisis muy preciso de qué es exactamente lo que le pasa a su hijo y de esa manera poder darle una orientación apropiada.

Responda las preguntas que aparecen a continuación de la manera más clara, concisa y sincera posible. Escriba al respaldo de la hoja si necesita de más espacio.

Si hay preguntas que no se acomodan a las características de su hijo u hogar (por ejemplo, no tiene hermanos) anótelos.

No deje ninguna pregunta sin responder y recuerde que de la exactitud de sus datos dependerá que las conclusiones del estudio correspondan a la realidad de las dificultades de su hijo.

En lo posible, cada uno de los padres deberán llenar por separado el cuestionario.

A. AMBIENTE FAMILIAR

1. ¿Cómo es la relación entre los padres? Normal, responsable
respetuosa, Amorosa, discusiones y diferencias
con manejo sereno

2. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos? Muy Buena
esta pendiente de el y le expresa mucho
cariño constantemente
3. ¿Cómo es la relación de cada uno de los padres con los hijos (Anote si, hay especial atención sobre uno de ellos por alguna razón) Mi relación
con mis hijos es permanente, hago lo
posible por estar presente les brindo apoyo incondicional
sin ninguna preferencia
4. ¿Cómo es la relación de su hijo con personas de su misma edad? En
ocasiones es normal compartir y jugar con
todos los niños, en otros momentos observo que
se aísla por que los niños no hacen lo que el
propone jugar. pero generalmente ocurre lo primero

B. MANEJO DISCIPLINARIO Y AFECTIVO

1. ¿Tiene su hijo satisfechas sus necesidades básicas?
- Apoyo (¿le enseña negativamente o lo castiga cuando comete errores?) le llamo la atención y restringimos en tiempo
(televisión, Tablet, juegos computador etc.)
 - Aceptación (¿le permite dar opiniones, le acepta iniciativas, lo escucha cuando quiere expresarle algo?) Siempre
 - Aprobación (¿comenta en voz alta sus logros, lo felicita por hacer algo apropiado o conseguir una meta, le da privilegios ocasionalmente por hacer algo apropiado?) Constantemente.

- Atención y afecto (¿hay detalles cariñosos, habla con él frecuentemente, le juega, lo mima?) Cada vez que tengo la oportunidad
 - Comunicación (¿lo escucha sin reprobalo, le pregunta frecuentemente sobre los asuntos personales y sus intereses?) frecuentemente hablamos de lo que ve le interesa.
 - Responsabilidades (¿le asigna responsabilidades que están a su alcance y pueden generarle sentimiento de logro?) ¿Cuáles?: lo felicito, lo animo, le doy premios (Cine, un juguete etc.)
2. ¿Cómo es la manera más frecuente con que cada uno de los padres corrige al hijo cuando hace algo inapropiado? Dialogamos le indicamos el aspecto de su acción y las consecuencias
3. ¿De qué manera habitualmente aprueba a su hijo cuando considera que ha hecho algo apropiado? le comento la única forma de lograr las metas es esforzándose y disciplinándose
4. Indique ¿cuál de estos modelos de padres, lo describen más cercanamente a Usted?:
- Laxo y afectivo: _____
 - Laxo y poco afectivo: _____
 - Estricto y afectivo: X
 - Estricto y poco afectivo: _____

C. DEPENDENCIA

1. Física: ¿necesita el niño continuamente ayuda en todas sus actividades (vestirse, asearse, comer, etc.)? Desmenuse los cordones.
2. Emocional: ¿El niño necesita constante atención del adulto, de manifestaciones afectivas, de aprobación?, ¿quiere ser siempre el centro de la atención, busca que le rueguen, hace frecuentes pataletas, etc.? busca que le rueguen
3. Dependencia de logro: ¿el niño está preguntando constantemente si las cosas le están quedando bien, si es apropiado o no algo que hizo o hará?, ¿cómo hace para lograr algo? No hace estas preguntas, pero hay que motivarlo o indicarle que realice las tareas.

D. EVENTOS TRAUMATICOS AMBIENTALES

Anote cualquier suceso pasado, remoto o cercano que en su concepto, fue crucial para su hijo (ver escenas de violencia, la desaparición de un ser querido, etc.) Ninguno de los anteriores.

E. CONDUCTAS PROBLEMA:

1. ¿Cuál es la respuesta habitual del niño frente a situaciones de frustración (si se le pierde algo, se le niega una cosa, si se le exige, etc.)? "No es justo"
2. ¿Qué miedos o temores tiene su hijo? A la oscuridad

3. ¿Su hijo muestra respuestas orgánicas de ansiedad? (sudoración cuando está nervioso, trastorno de sueño, trastorno de alimentación, se moja en los pantalones, si tiene susto, agacha la cabeza cuando va a hablar, llora por cualquier motivo, está siempre retorciéndose las manos, etc.) _____

Se asusta con la oscuridad y camina de un lado a otro cuando tiene algún conflicto que no acepta

F. COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

Anote si el niño con frecuencia:

1. Dice que no se siente bien (está aburrido o triste). Muy esporádicamente

2. Si hay llantos frecuentes por causas no físicas (no hay dolores o enfermedades físicas) No llora, es muy fuerte

3. Habitualmente no intenta hacer algo de nuevo cuando pierde o ha fracasado. En los juegos de mesa a veces no acepta perder.

4. Verbaliza continuamente que no es capaz de hacer las cosas. _____
Cuando realiza tareas que no desea hacer manifiesta que "No sabe" o "No puedo"
5. Con regularidad dice que él no le gusta a los demás todo lo contrario dice que es especial y dice que es el chistoso de la clase

6. Él piensa que hay mucha gente mala. Observa y pregunta

cando suelen o ve acciones en la televisión

7. Juega poco, participa pocas veces en actividades, disfruta de muy pocas situaciones. juega mucho siempre quiere estar ocupado en un juego o ver televisión o jugar en la tablet
8. Se ve continuamente preocupado. le preocupa el horario nocturno pregunta constantemente en las noches qué hora es, quiere acostarse siempre antes de 9:00pm.
9. Es muy solitario Es amistoso siempre le gusta jugar al parque y jugar.
10. Se duerme en clase. no
11. Se comporta agresivamente sin un motivo aparente o por cosas triviales. Se muestra cuando interrumpimos un juego por hacer tareas.

Aprendizaje Por Observación

Califique SI o NO cada uno de los padres por aparte:

1. ¿Se considera una persona con dificultades para las relaciones interpersonales? NO
2. ¿Se considera una persona muy ansiosa, muy nerviosa? NO
3. ¿Se considera un padre/madre sobreprotector? NO
4. ¿Se deprime con frecuencia? NO
5. ¿Se considera una persona controlada (que no se exalta con facilidad)? SI

G. AUTOCONCEPTO

1. ¿El niño tiene algún problema o característica física que le preocupe o incomode? Manifiesta que no quiere estar gordo.
2. ¿Su hijo piensa que es menos inteligente que sus demás amigos? No, se tiene alta estima.
3. ¿Su hijo cree que no es muy hábil para hacer ciertas cosas? Siempre intenta todo el mismo descubre cuando no es hábil para alguna actividad
4. ¿Su hijo se queja con frecuencia de que los demás niños no lo quieren o no lo aceptan? No, es muy amigable y tiene como de amigos.
5. ¿Su hijo dice algunas veces que él quisiera ser diferente en algún aspecto? Nunca lo ha manifestado, creo que se siente muy bien consigo mismo

COMENTARIOS

Anexo N° 6. Cuestionario Emocional (Madre)

CUESTIONARIO EVALUACIÓN EMOCIONAL

NOMBRE DEL NIÑO: _____
 EDAD: _____ FECHA: 5-11-2016
 NOMBRE DEL PADRE/MADRE QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO: _____

Las preguntas que responderá a este cuestionario son absolutamente confidenciales. Tienen como propósito hacer un análisis muy preciso de qué es exactamente lo que le pasa a su hijo y de esa manera poder darle una orientación apropiada.

Responda las preguntas que aparecen a continuación de la manera más clara, concisa y sincera posible. Escriba al respaldo de la hoja si necesita de más espacio.

Si hay preguntas que no se acomodan a las características de su hijo u hogar (por ejemplo, no tiene hermanos) anótelos.

No deje ninguna pregunta sin responder y recuerde que de la exactitud de sus datos dependerá que las conclusiones del estudio correspondan a la realidad de las dificultades de su hijo.

En lo posible, cada uno de los padres deberán llenar por separado el cuestionario.

A. AMBIENTE FAMILIAR

1. ¿Cómo es la relación entre los padres? Basada en el amor y respeto con independencia en sus decisiones. confianza en el otro y dialogo permanente.
2. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos? Amorosa y con

Cuidados y mimos.
Pendiente de su hermano en casi todos los
momentos del día.

3. ¿Cómo es la relación de cada uno de los padres con los hijos (Anote si hay especial atención sobre uno de ellos por alguna razón) Entrega
total. Cuidado físico y sobretodo amor en
cada etapa de desarrollo y aprendizaje

4. ¿Cómo es la relación de su hijo con personas de su misma edad? Se relaciona por medio del juego, en muchas
ocasiones quiere imponer su voluntad en lo
que juegan. Amoroso y feliz de compartir estos juegos.

B. MANEJO DISCIPLINARIO Y AFECTIVO

1. ¿Tiene su hijo satisfechas sus necesidades básicas?

- Apoyo (¿le enseña negativamente o lo castiga cuando comete errores?) los errores tienen consecuencias por medio del castigo
- Aceptación (¿le permite dar opiniones, le acepta iniciativas, lo escucha cuando quiere expresarle algo?) totalmente
- Aprobación (¿comenta en voz alta sus logros, lo felicita por hacer algo apropiado o conseguir una meta, le da privilegios ocasionalmente por hacer algo apropiado?) Si.
- Atención y afecto (¿hay detalles cariñosos, habla con él frecuentemente, le juega, lo mima?) Siempre

- Comunicación (¿lo escucha sin reprobalo, le pregunta frecuentemente sobre los asuntos personales y sus intereses?) _____

Siempre

- Responsabilidades (¿le asigna responsabilidades que están a su alcance y pueden generarle sentimiento de logro?) ¿Cuáles?: asegurar

Sus juguetes

2. ¿Cómo es la manera más frecuente con que cada uno de los padres corrige al hijo cuando hace algo inapropiado? llamar la atención por medio del dialogo para conocer su punto de vista.

3. ¿De qué manera habitualmente aprueba a su hijo cuando considera que ha hecho algo apropiado? _____

felicitandolo, diciendole muy bien o excelente.

4. Indique ¿cuál de estos modelos de padres, lo describen más cercanamente a Usted?:

- Laxo y afectivo: _____
- Laxo y poco afectivo: _____
- Estricto y afectivo: X.
- Estricto y poco afectivo: _____

C. DEPENDENCIA

1. Física: ¿necesita el niño continuamente ayuda en todas sus actividades (vestirse, afeitarse, comer, etc.)? NO. algunas veces vestirse

2. Emocional: ¿El niño necesita constante atención del adulto, de manifestaciones afectivas, de aprobación?, ¿quiere ser siempre el centro de la atención, busca que le rueguen, hace frecuentes pataletas, etc.? —

Para obedecer o prestar atención se tiene que repetir varias veces

3. Dependencia de logro: ¿el niño está preguntando constantemente si las cosas le están quedando bien, si es apropiado o no algo que hizo o hará?, ¿cómo hace para lograr algo? —

No. ^{Algunas} veces. Cuando juega (construye espacios) y tareas

D. EVENTOS TRAUMATICOS AMBIENTALES

Anote cualquier suceso pasado, remoto o cercano que en su concepto, fue crucial para su hijo (ver escenas de violencia, la desaparición de un ser querido, etc.)

Ninguno

E. CONDUCTAS PROBLEMA:

1. ¿Cuál es la respuesta habitual del niño frente a situaciones de frustración (si se le pierde algo, se le niega una cosa, si se le exige, etc.)?

Molesto, cruza los brazos baja la cabeza en algunas ocasiones llora.

2. ¿Qué miedos o temores tiene su hijo? a dormir solo, tem-
poco le gusta estar solo, a la oscuridad.

3. ¿Su hijo muestra respuestas orgánicas de ansiedad? (sudoración cuando está nervioso, trastorno de sueño, trastorno de alimentación, se moja en los pantalones, si tiene susto, agacha la cabeza cuando va a hablar, llora por cualquier motivo, está siempre retorciéndose las manos, etc.)

trastorno de sueño, movimiento de manos y pies.
Anteriormente al inicio de año hasta mediados
rallones en cuadernos y libros

F. COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

Anote si el niño con frecuencia:

1. Dice que no se siente bien (está aburrido o triste). NO
2. Si hay llantos frecuentes por causas no físicas (no hay dolores o enfermedades físicas) NO
3. Habitualmente no intenta hacer algo de nuevo cuando pierde o ha fracasado. quiere rendirse algunas veces pero
Se le anima y lo logra.
4. Verbaliza continuamente que no es capaz de hacer las cosas. En
algunas veces.
5. Con regularidad dice que él no le gusta a los demás NO
6. Él piensa que hay mucha gente mala. NO
7. Juega poco, participa pocas veces en actividades, disfruta de muy pocas situaciones. NO

8. Se ve continuamente preocupado. NO

9. Es muy solitario NO

10. Se duerme en clase. NO

11. Se comporta agresivamente sin un motivo aparente o por cosas triviales.

Responde agresivamente en ciertas situaciones que no comprendemos.

Aprendizaje Por Observación

Califique SI o NO cada uno de los padres por aparte:

1. ¿Se considera una persona con dificultades para las relaciones interpersonales? NO
2. ¿Se considera una persona muy ansiosa, muy nerviosa? SI.
3. ¿Se considera un padre/madre sobreprotector? NO.
4. ¿Se deprime con frecuencia? NO.
5. ¿Se considera una persona controlada (que no se exalta con facilidad)? NO.

G. AUTOCONCEPTO

1. ¿El niño tiene algún problema o característica física que le preocupe o incomode? _____

NO

2. ¿Su hijo piensa que es menos inteligente que sus demás amigos? _____

NO

3. ¿Su hijo cree que no es muy hábil para hacer ciertas cosas? _____

Si, leer. en algun momento lo
manipulo.

4. ¿Su hijo se queja con frecuencia de que los demás niños no lo quieren o no lo aceptan? _____

NO

5. ¿Su hijo dice algunas veces que el quisiera ser diferente en algún aspecto? _____

NO

COMENTARIOS

Muchas gracias

Anexo N° 9. EMBU P

EMBU-P

NOMBRE	Niño(s)			
Padre			Madre	
EDAD	42	SEXO	F	M <input checked="" type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado <input checked="" type="checkbox"/>	Divorciado	U consensual
CONVIVENCIA	Madre	Padre	Hermanos	Otro Familiar

	SI	NO
1. Castigo a mis hijos por pequeños errores		<input checked="" type="checkbox"/>
2. A veces no puedo controlar mi rabia y les pego		<input checked="" type="checkbox"/>
3. A veces los he tratado injustamente	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Los he pegado en presencia de otras personas		<input checked="" type="checkbox"/>
5. Lo regañé pegándole		<input checked="" type="checkbox"/>
6. Le he echado la culpa de las cosas que estamos pasando como Familia		<input checked="" type="checkbox"/>
7. He sido brusco con él		<input checked="" type="checkbox"/>
8. Me cuesta demostrar que quiero a mi hijo		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Me he preocupado por su salud	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Los ayudo cuando tienen problemas	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. A veces me arrepiento de tenerlos		<input checked="" type="checkbox"/>
12. Le gusta jugar con sus amigos	<input checked="" type="checkbox"/>	
13. Es respetuoso y cariñoso	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. A veces pienso que me gustaría que fueran diferente		<input checked="" type="checkbox"/>
15. Confío en mis hijos	<input checked="" type="checkbox"/>	
16. Me despreocupa que hace durante el día		<input checked="" type="checkbox"/>
17. Lo veo siempre con miedo		<input checked="" type="checkbox"/>
18. A veces los hago sentir mal		<input checked="" type="checkbox"/>
19. Tiene dificultades para prestar atención		<input checked="" type="checkbox"/>
20. No acata normas	<input checked="" type="checkbox"/>	
21. Manifiesta mucho miedo de que algo pase y los separe		<input checked="" type="checkbox"/>
22. Tiene dolores de cabeza frecuentes.		<input checked="" type="checkbox"/>
23. Tiene dolores de estómago frecuentes		<input checked="" type="checkbox"/>
24. Tiene cambios emocionales o conductuales repentinos.		<input checked="" type="checkbox"/>
25. Lloro fácilmente.		<input checked="" type="checkbox"/>
26. Le es difícil quedarse dormido/a.		<input checked="" type="checkbox"/>
27. Duerme más de lo común.		<input checked="" type="checkbox"/>
28. Tiene pesadillas.		<input checked="" type="checkbox"/>
29. Tiene miedo de quedarse solo/a.	<input checked="" type="checkbox"/>	
30. Tiene miedo de quedarse con alguien que no sea yo.		<input checked="" type="checkbox"/>
31. Tiene miedo de los hombres.		<input checked="" type="checkbox"/>
32. Cambió bruscamente a ser retraído/a.		<input checked="" type="checkbox"/>
33. Rehúsa a desvestirse delante de los demás.		<input checked="" type="checkbox"/>
34. Tiene miedo a ir solo/a al baño.		<input checked="" type="checkbox"/>
35. Está muy interesado/a o curioso/a sobre materias sexuales o las partes privadas del cuerpo.		<input checked="" type="checkbox"/>
36. Está muy agresivo/a con sus compañeros o con las partes privadas de las muñecas.		<input checked="" type="checkbox"/>
37. Se masturba más de lo que pienso es lo normal.		<input checked="" type="checkbox"/>
38. Es seductor/a con sus compañeros, profesores u otros adultos.		<input checked="" type="checkbox"/>

EMBU-P

NOMBRE	Niño(s)			
Padre			Madre	
EDAD	7	SEXO	F	M <input checked="" type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Divorciado	U consensual
CONVIVENCIA	Madre <input checked="" type="checkbox"/>	Padre <input checked="" type="checkbox"/>	Hermanos <input checked="" type="checkbox"/>	Otro Familiar

	SI	NO
1. Castigo a mis hijos por pequeños errores		<input checked="" type="checkbox"/>
2. A veces no puedo controlar mi rabia y les pego		<input checked="" type="checkbox"/>
3. A veces los he tratado injustamente		<input checked="" type="checkbox"/>
4. Los he pegado en presencia de otras personas		<input checked="" type="checkbox"/>
5. Lo regaño pegándole		<input checked="" type="checkbox"/>
6. Le he echado la culpa de las cosas que estamos pasando como Familia	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. He sido brusco con él	<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Me cuesta demostrar que quiero a mi hijo		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Me he preocupado por su salud	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Los ayudo cuando tienen problemas	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. A veces me arrepiento de tenerlos		<input checked="" type="checkbox"/>
12. Le gusta jugar con sus amigos	<input checked="" type="checkbox"/>	
13. Es respetuoso y cariñoso	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. A veces pienso que me gustaría que fueran diferente	<input checked="" type="checkbox"/>	
15. Confío en mis hijos		<input checked="" type="checkbox"/>
16. Me despreocupa que hace durante el día	<input checked="" type="checkbox"/>	
17. Lo veo siempre con miedo		<input checked="" type="checkbox"/>
18. A veces los hago sentir mal	<input checked="" type="checkbox"/>	
19. Tiene dificultades para prestar atención	<input checked="" type="checkbox"/>	
20. No acata normas	<input checked="" type="checkbox"/>	
21. Manifiesta mucho miedo de que algo pase y los separe		<input checked="" type="checkbox"/>
22. Tiene dolores de cabeza frecuentes.		<input checked="" type="checkbox"/>
23. Tiene dolores de estómago frecuentes		<input checked="" type="checkbox"/>
24. Tiene cambios emocionales o conductuales repentinos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
25. Lloro fácilmente.		<input checked="" type="checkbox"/>
26. Le es difícil quedarse dormido/a.		<input checked="" type="checkbox"/>
27. Duerme más de lo común.		<input checked="" type="checkbox"/>
28. Tiene pesadillas.		<input checked="" type="checkbox"/>
29. Tiene miedo de quedarse solo/a.	<input checked="" type="checkbox"/>	
30. Tiene miedo de quedarse con alguien que no sea yo.		<input checked="" type="checkbox"/>
31. Tiene miedo de los hombres.		<input checked="" type="checkbox"/>
32. Cambió bruscamente a ser retraído/a.		<input checked="" type="checkbox"/>
33. Rehúsa a desvestirse delante de los demás.		<input checked="" type="checkbox"/>
34. Tiene miedo a ir solo/a al baño.		<input checked="" type="checkbox"/>
35. Está muy interesado/a o curioso/a sobre materias sexuales o las partes privadas del cuerpo.		<input checked="" type="checkbox"/>
36. Está muy agresivo/a con sus compañeros o con las partes privadas de las muñecas.		<input checked="" type="checkbox"/>
37. Se masturba más de lo que pienso es lo normal.		<input checked="" type="checkbox"/>
38. Es seductor/a con sus compañeros, profesores u otros adultos.		<input checked="" type="checkbox"/>
39. En estos días, se orina en la cama.		<input checked="" type="checkbox"/>
40. Alguna vez presentó daño en sus partes privadas.		<input checked="" type="checkbox"/>
41. Historial de fluidos vaginales inusuales.	N/A	N/A
42. Historial de sangre vaginal antes de la pubertad.	N/A	N/A

Anexo N° 10. IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

MI NOMBRE es: _____
 MI EDAD es: 7 años
 ESTOY CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 2do Grado
 FECHA DE HOY: _____

En este cuestionario vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que tu piensas acerca de varias cosas. Recuerda que debes contestar todas las preguntas, no hay respuestas buenas o malas.

Todas las preguntas tienen tres formas de respuestas: Verdadero, algunas veces verdadero o falso. Debajo de estas tres formas de respuestas hay un paréntesis, en el cual debes colocar una "X" dentro del paréntesis debajo de verdadero. Si piensas que algunas veces estas de acuerdo coloca "X" dentro del paréntesis de algunas veces verdadero y cuando no estés de acuerdo coloca una "X" en el paréntesis debajo de falso.

Trata de no responder muchas veces la respuesta "algunas veces verdadero".

	Verdadero	Algunas veces Verdadero	Falso
1. algunas cosas que pienso o hago no se las cuento a nadie	()	(X)	()
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	(X)	()	()
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	()	(X)	()
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	(X)	()	()
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	(X)	()	()
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	(X)	()	()
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	(X)	()	()
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y que no.	()	()	(X)
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	()	()	(X)
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	(X)	()	()
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	(X)	()	()
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	()	()	(X)
13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	(X)	()	()
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	(X)	()	()
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	()	()	(X)
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	()	()	(X)
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	()	()	(X)
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por que repetirlos ahora.	(X)	()	()
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	()	(X)	()
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	()	()	(X)

21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso	
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	1
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()	2
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	1
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	1
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	3
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero).	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	3
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enoja mucho.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
34. Ningún problema es tan malo como para ponermos triste mucho tiempo.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()	2
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	1
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguiré igual.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	3
	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso	
39. Los problemas no tienen una sola solución.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	1
40. Tengo que gustarle a todas las personas que me conocen.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	3
41. Le cuento fácilmente a la gente todas las cosas que me pasan.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	3 veces
42. Me disgusta hacer aquellas cosas que no hago bien.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
43. Me enoja o me pongo bravo fácilmente por cualquier cosa.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
44. Muchas personas no son castigadas aunque se lo merecen.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()	2
45. Las cosas malas que me pasan en la vida no les presto atención.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	3
46. Ninguna cosa me preocupa mucho tiempo.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	3
47. Me gusta hacer las cosas ya y no dejarlas para más tarde.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	3
48. Cuando voy a hacer algo, por ejemplo tareas, salir, vestirme, le pregunto a alguien como hacerlo.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>	1
49. Pienso que si me hubieran enseñado otras cosas hoy sería diferente.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()	3

Anexo N° 11. Escala de Autoconcepto

ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)

NOMBRE : _____ NIVEL: _____

FECHA: _____

N	ASEVERACIÓN	SI	NO		
1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MI	SI	NO		P
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO	FS	
3	ME RESULTA DIFÍCIL ENCONTRAR AMIGOS	SI	NO		P
4	ESTOY TRISTE MUCHAS VECES	SI	NO	FS	
5	SOY LISTO/A	SI	NO	I	
6	SOY TÍMIDO/A	SI	NO		A
7	ME PONGO NERVIOSO/A CUANDO PREGUNTA EL PROFESOR	SI	NO		A
8	MI CARA ME DISGUSTA	SI	NO		F
9	CUANDO SEA MAYOR VOY A SER UNA PERSONA IMPORTANTE	SI	NO	I	
10	ME PREOCUPO MUCHO CUANDO TENEMOS UN EXAMEN	SI	NO		A
11	CAIGO MAL EN CLASE	SI	NO		P
12	ME PORTO MAL EN CLASE	SI	NO	I	
13	CUANDO ALGO VA MAL SUELE SER POR CULPA MÍA	SI	NO		C
14	CREO PROBLEMAS A MI FAMILIA	SI	NO		C
15	SOY FUERTE	SI	NO	F	
16	TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO	I	
17	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE EN MI FAMILIA	SI	NO	I	
18	GENERALMENTE QUIERO SALIRME CON LA MÍA	SI	NO		C
19	TENGO HABILIDAD CON LAS MANOS	SI	NO	F	
20	CUANDO LAS COSAS SON DIFÍCILES LAS DEJO SIN HACER	SI	NO		A
21	HAGO BIEN MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO	I	
22	HAGO MUCHAS COSAS MALAS	SI	NO		C
23	DIBUJO BIEN	SI	NO	I	
24	SOY BUENO PARA LA MÚSICA	SI	NO	I	
25	ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO		C
26	SOY LENTO HACIENDO MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO	I	
27	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI CLASE	SI	NO	I	
28	SOY NERVIOSO/A	SI	NO		A
29	TENGO LOS OJOS BONITOS	SI	NO	F	
30	DENTRO DE CLASE PUEDO DAR UNA BUENA IMPRESIÓN	SI	NO	I	
31	EN CLASE SUELO ESTAR EN LAS NUBES	SI	NO		C
32	FASTIDIO A MIS HERMANOS/AS	SI	NO		C
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO	I	
34	ME METO EN LIOS A MENUDO	SI	NO		C
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SI	NO	C	
36	TENGO SUERTE	SI	NO	FS	
37	ME PREOCUPO MUCHO POR LAS COSAS	SI	NO		A

Lo que le pase a mis hermano o amigo.

38	MIS PADRES ME EXIGEN DEMASIADO	SI	NO		FS
39	ME GUSTA SER COMO SOY	SI	NO	FS	
40	ME SIENTO UN POCO RECHAZADO/A	SI	NO		P
41	TENGO EL PELO BONITO	SI	NO	F	
42	A MENUDO SALGO VOLUNTARIO/A EN CLASE	SI	NO	I	
43	ME GUSTARÍA SER DISTINTO/A A COMO SOY	SI	NO		FS
44	DUERMO BIEN POR LA NOCHE	SI	NO	A	
45	ODIO EL COLEGIO	SI	NO		C
46	ME ELIGEN DE LOS ÚLTIMOS PARA JUGAR	SI	NO		P
47	ESTOY ENFERMO FRECUENTEMENTE	SI	NO		F
48	A MENUDO SOY ANTIPÁTICO/A CON LOS DEMÁS	SI	NO		C
49	MIS COMPAÑEROS PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO	I	
50	SOY DESGRACIADO/A	SI	NO		FS
51	TENGO MUCHOS AMIGOS/AS	SI	NO	P	
52	SOY ALEGRE	SI	NO	FS	
53	SOY TORPE PARA LA MAYORÍA DE LAS COSAS	SI	NO		I
54	SOY GUAPO/A	SI	NO	F	
55	CUANDO TENGO QUE HACER ALGO LO HAGO CON GANAS	SI	NO	A	
56	ME PELEO MUCHO	SI	NO		C
57	CAIGO BIEN A LAS CHICAS	SI	NO	P	
58	LA GENTE SE APROVECHA DE MI	SI	NO		P
59	MI FAMILIA ESTA DESILUSIONADA CONMIGO	SI	NO		FS
60	TENGO UNA CARA GRADABLE	SI	NO	F	
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO TODO PARECE SALIR MAL	SI	NO	A	
62	EN MI CASA SE APROVECHAN DE MI	SI	NO		P
63	SOY UNO/A DE LOS MEJORES EN JUEGOS Y DEPORTE	SI	NO	F	
64	SOY PATOSO/A	SI	NO		F
65	EN JUEGOS Y DEPORTES MIRO, PERO NO PARTICIPO.	SI	NO		F
66	SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO.	SI	NO		I
67	ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	SI	NO	C	
68	ME ENFADO FACILMENTE.	SI	NO		A
69	CAIGO BIEN A LOS CHICOS.	SI	NO	P	
70	LEO BIEN.	SI	NO	I	
71	ME GUSTA MAS TRABAJAR SOLO QUE EN GRUPO.	SI	NO		P
72	ME LLEVO BIEN CON MIS HERMANOS/AS.	SI	NO	C	
73	TENGO UN BUEN TIPO.	SI	NO	F	
74	SUELO TENER MIEDO.	SI	NO		A
75	SIEMPRE ESTOY ROMPIENDO COSAS.	SI	NO		C
76	SE PUEDE CONFIAR EN MI.	SI	NO	C	
77	SOY UNA PERSONA RARA.	SI	NO		P
78	PIENSO EN HACER COSAS MALAS.	SI	NO		C
79	LLORO FÁCILMENTE.	SI	NO		A
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SI	NO	C	

Anexo N° 12. Formulario 5 para Maestros (Barkley)

ESCALA DE EVALUACION DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA
PERTURBADORA-FORMULARIO PARA MAESTROS (FORMULARIO 5)

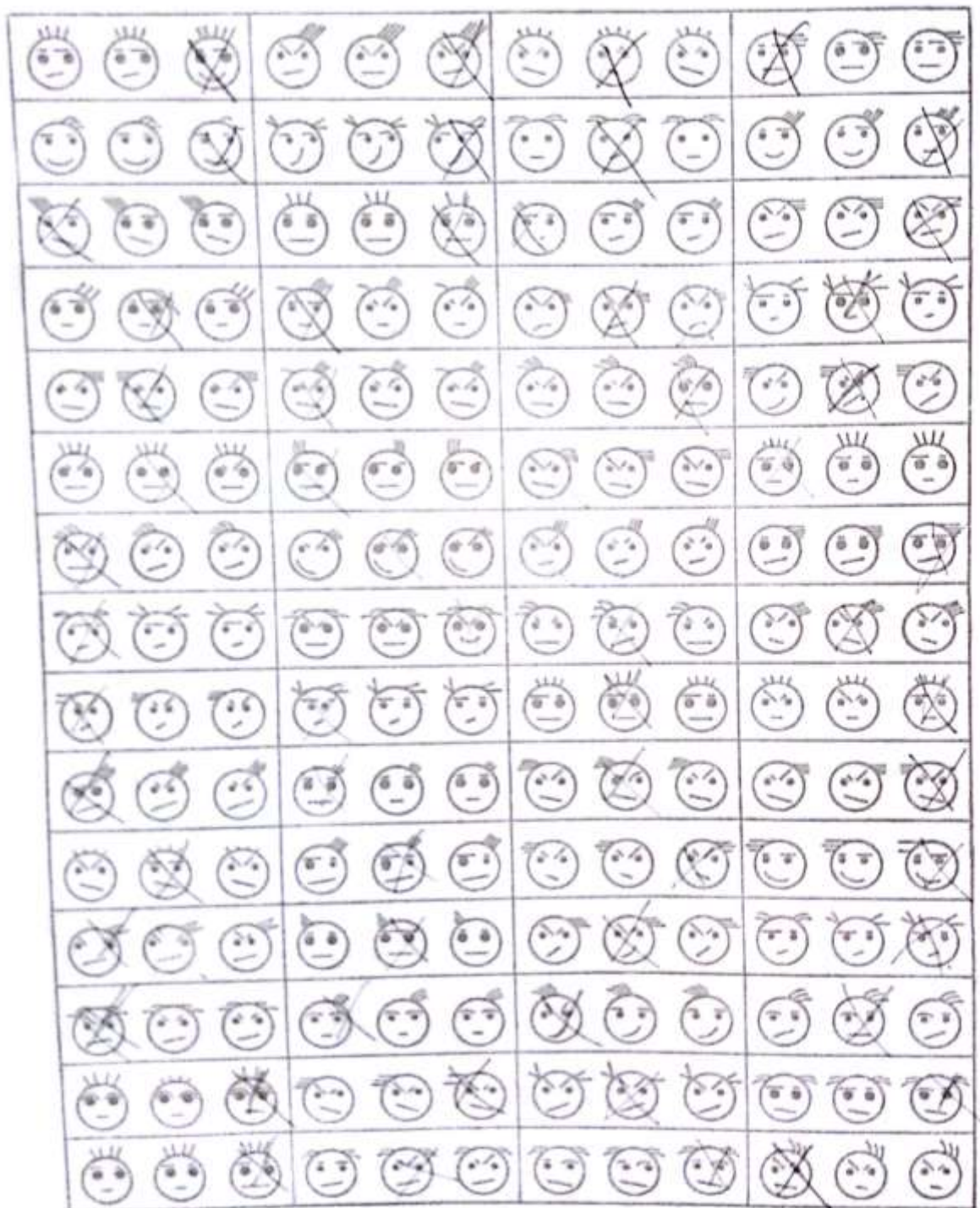
Nombre del niño _____ Fecha 5 / Abril / 17
 Formulario llenado por _____
 ¿Cuántas horas, aproximadamente, está usted con este niño cada día escolar? _____
 ¿Qué asignatura(s) le enseña con regularidad a este niño? Science - Social Studies

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de conductas. Circule el número que mejor describa con qué frecuencia este estudiante ha presentado estas conductas en los pasados 6 meses.

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles <u>o</u> comete errores por no tener cuidado	0	1	2	3
2. Tiene dificultad para sostener la atención en las tareas <u>o</u> en las actividades de juego	0	1	2	3
3. Parece no prestar atención cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
4. No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado	0	1	2	3
5. Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades que debe llevar a cabo	0	1	2	3
6. Evita tareas (p. ej., trabajo escolar, tarea escolar) que requieran esfuerzo mental	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas <u>o</u> actividades	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente	0	1	2	3
9. Es olvidadizo en las actividades diarias	0	1	2	3
10. Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento	0	1	2	3
11. Se levanta del asiento en el aula (salón de clases) o en cualquier otra situación en que se espera que permanezca sentado	0	1	2	3
12. Se trepa o corretea de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo	0	1	2	3
13. Tiene dificultad para jugar tranquilamente <u>o</u> para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada	0	1	2	3
14. Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"	0	1	2	3
15. Habla en exceso	0	1	2	3
16. Contesta abruptamente antes de que otros terminen de hacerle preguntas	0	1	2	3
17. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
18. Interrumpe a los demás o es entrometido	0	1	2	3
19. Pierde el control (cuando se enoja o se pone bravo)	0	1	2	3
20. Discute con adultos	0	1	2	3
21. Desafía activamente <u>o</u> se niega a cumplir con las peticiones o reglas de los adultos	0	1	2	3
22. Hace cosas a propósito para molestar a otras personas	0	1	2	3
23. Culpa a otros por sus equivocaciones o mal comportamiento	0	1	2	3
24. Es susceptible o fácilmente moleestado por otros	0	1	2	3
25. Se muestra enojado y resentido	0	1	2	3
26. Es rencoroso o vengativo.	0	1	2	3

Tomado de Niños desafiante. Derechos de autor 1997 por The Guilford Press. Se les concede el permiso a los compradores de Niños desafiante para fotocopiar este formulario sólo para su uso personal (para los detalles, vea la página de derechos de autor).

Anexo N° 13. Test de Caras



Anexo N° 14. CDI

CDI

Nombre: S.P.Edad: 7 años Fecha: _____

Instrucciones: A continuación encontrarás unas frases que indagan sobre la forma en como te has sentido en los últimos días. Te pido responder de la forma más sincera posible. Señala la frase que mejor describa la forma como te sientes.

Ejemplo:

A 0	Siempre me siento mal	
B 1	A veces me siento mal	
C 2	Nunca me siento mal	

1 A	De vez en cuando estoy triste	
B	Muchas veces estoy triste	
C	Estoy triste todo el tiempo	
2 A	Nunca voy a lograr nada	
B	No estoy seguro si lo que me propongo lo voy a lograr	
C	Cundo me propongo algo, casi siempre lo logro	
3 A	La mayoría de las cosas las hago bien	
B	Muchas cosas las hago bien	
C	Todo lo hago mal	
4 A	Muchas cosas me divierten	
B	Solo me divierten algunas cosas	
C	No me divierte nada	
5 A	La mayoría de las veces soy desobediente	
B	Algunas veces soy desobediente	
C	Generalmente soy obediente	
6 A	Pocas veces pienso que me puede suceder algo malo	
B	Me preocupo que me pasen cosas malas	
C	Estoy seguro que me va a ocurrir algo horrible	
7 A	Me odio	
B	No me quiero mucho	
C	Me quiero	
8 A	Yo siempre soy culpable cuando algo me sale mal	
B	La mayoría de las veces soy culpable cuando algo me sale mal	
C	Casi nunca soy culpable cuando algo me sale mal	
9 A	Tengo ganas de matarme	
B	A veces tengo ganas de matarme	
C	No quiero matarme	
10 A	Siento ganas de llorar todos los días	
B	En el último tiempo he tenido muchas ganas de llorar	
C	Pocas veces tengo ganas de llorar	
11 A	Todo me molesta	
B	A veces me molesta algo	
C	Pocas veces me molestan	
12 A	Me gusta estar con la gente	
B	La mayoría de las veces me molesta estar con gente	
C	No quiero estar con nadie	
13 A	No soy capaz de tomar decisiones	
B	Me cuesta mucho decidirme	
C	No tengo problemas para decidirme	
14 A	Estoy contento con mi cuerpo	
B	Algunas cosas de mi cuerpo no me gustan	
C	No me gusta nada de mi cuerpo	

15 A	Siempre me tienen que obligar a hacer las tareas	
B	A veces me tienen que obligar a hacer las tareas	
C	No tengo problemas para hacer las tareas	
16 A	Duelmo mal todas las noches	
B	Algunas noches duermo mal todas las noches	
C	En general duermo bien	
17 A	Pocas veces me siento cansado	
B	Algunas veces me siento cansado	
C	Siempre me siento cansado	
18 A	Nunca tengo ganas de comer	
B	Muchas veces no tengo ganas de comer	
C	Siempre como bien	
19 A	Si siento algún dolor o enfermedad, no me preocupo	
B	Si siento algún dolor, me preocupo	
C	Siempre me preocupan algún dolor	
20 A	No me siento solo	
B	Muchas veces me siento solo	
C	Siempre me siento solo	
21 A	No me gusta ir al colegio	
B	Algunas veces me gusta	
C	Siempre quiero ir al colegio	
22 A	Tengo muchos amigos	
B	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más	
C	No tengo amigos	
23 A	Me va bien en el colegio	
B	No me va tan bien en el colegio como antes	
C	Hasta en las materias que me iba bien, me va mal ahora	
24 A	Nunca podré ser tan bueno como otros niños	
B	Si yo quisiera, podría ser tan bueno como otros niños	
C	Soy igual de bueno como otros niños	
25 A	Nadie me quiere realmente	
B	No sé si alguien me quiere	
C	Estoy seguro de que me quieren	

26 A	Casi siempre hago lo que me dicen	
B	Algunas veces no hago lo que me dicen	
C	Nunca hago lo que me dicen	
27 A	Me llevo bien con los demás	
B	Frecuentemente tengo problemas con los demás	
C	Todo el tiempo tengo problemas con los demás	

Anexo 15. Plan de Tratamiento

Objetivo general	Objetivos específicos	Técnica/Estrategia	Numero de sesión	Indicadores clínicos
Disminuir la frecuencia de las conductas disruptivas del paciente en casa y la escuela.	Psicoeducar a los padres en estilos parentales.	Psicoeducación	1 y 2	Nivel de conocimiento de 1% a 10% aumente 90% - 100%.
	Entrenar a los padres y docentes en la aplicación de técnicas operantes y manejo de contingencias.			
	Psicoeducar al paciente sobre la problemática y el plan de tratamiento a seguir.	Técnica del semáforo Técnica de la tortuga	4	Aumentar la frecuencia con que el paciente logra auto controlarse.
	Aumentar la capacidad de autocontrol del paciente.	Auto instrucciones Economía de fichas.		
	Estabilizar las respuestas de ansiedad	Entrenamiento en respiración abdominal Relajación Muscular	3	Nivel de intensidad que va de 1 a 10,

	<p>del paciente</p> <p>Detectar y los pensamientos negativos del niño asociados a su negativa ante la realización de tareas escolar.</p> <p>Disminuir pensamientos negativos frente al cumplimiento de deberes y las figuras de autoridad reemplazándolos por otros más adaptativos.</p>	<p>Progresiva de Jacobson.</p> <p>Técnica de pensamiento de detective. Registro de pensamientos.</p> <p>Técnica de detención del pensamiento. Debate socrático Descatatrofización</p>	5 y 6	<p>donde la ansiedad disminuya a 3.</p> <p>Listado de pensamientos negativos.</p> <p>Nivel de credibilidad de creencias o pensamientos automáticos 0-100% (0 es no cree nada y 100 cree muchísimo). Nivel de credibilidad disminuya a un 20% a 30% Nivel de frecuencia de aparición de los pensamientos disminuya durante la semana, por ejemplo de una frecuencia de 15 pensamientos disminuya a 2 o 3</p>
.	<p>Psicoeducar al paciente sobre las diferentes emociones y la importancia de expresarlas de manera</p>	<p>Psicoeducación Modelado (Videos, películas)</p>	8	<p>Nivel de conocimiento de 1% a 100% aumente entre 90% y 100%.</p> <p>Aumentar la frecuencia con que el</p>

	<p>asertiva.</p> <p>Favorecer que el niño Identifique, exprese y reconozca las emociones tanto en sí mismo como en otros.</p> <p>Prevenir el desarrollo de una alteración del estado de ánimo de tipo depresogénico.</p> <p>Prevenir el desarrollo de un trastorno de ansiedad.</p>	<p>Diario emocional Termómetro emocional . Modelado</p> <p>Modelamiento (Cuentos, películas y videos sobre las emociones)</p> <p>Reestructuración de estilos atribucionales negativos.</p> <p>Reestructuración de estilos atribucionales amenazantes.</p>	<p>9</p> <p>12 y 13</p>	<p>paciente expresa emociones. Diariamente (2 a 3 veces)</p>
	<p>Aumentar en el paciente la habilidad para seleccionar soluciones eficaces a los problemas en situaciones sociales, enfatizando en</p>	<p>Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Golfried) Técnicas de modelado (Videos,</p>	<p>10 y 11</p>	<p>Aumento de la frecuencia de solución de problemas de 3 a 4 veces por semana.</p>

	<p>asertividad como respuesta.</p> <p>Proveer práctica de habilidades sociales de forma agradable y divertida.</p> <p>Reforzar los éxitos logrados por el paciente en cada uno de los objetivos de intervención.</p>	<p>títeres)</p> <p>Ensayo conductual (Ejercitar y ensayar la conducta)</p> <p>Auto refuerzo</p>	<p>A medida que se desarrolla el plan de intervención.</p>	
--	--	---	--	--

Anexo 16. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE Intervención multimodal del Trastorno Negativista Desafiante desde el enfoque cognitivo Conductual. Caso único Paciente de 7 años.

Nombre de la psicóloga: Dianis Sofia Seña Martínez

Señores Evelio Payares y Claudia Medrano le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender:

- 1) La evaluación del diseño de intervención multimodal del enfoque cognitivo conductual, a nivel familiar, escolar e individual a partir del análisis de las estrategias aplicadas según el caso.
- 2) Determinar la influencia de los estilos parentales en el desarrollo del Trastorno Negativista Desafiante con el fin de generar intervenciones psicopedagógicas eficientes de acuerdo con las prácticas de crianza que los padres ejercen en los niños.
- 3) Identificar la relación existente entre la habilidad de auto regulación emocional y el desarrollo del trastorno negativista desafiante a través de la articulación del análisis teórico y la conceptualización del caso para mejorar la efectividad en la intervención.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre (Intervención multimodal del Trastorno Negativista Desafiante desde el enfoque cognitivo Conductual. Caso único paciente de 7 años) y de haber recibido de la señora Dianis Seña Martínez explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Dianis Seña Martínez para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor Evelio Mammel Pallares y el testigo Evelio Pallares en la ciudad de Barranquilla el día del mes de Septiembre del año 2017

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Evelio Mammel Pallares Valle
Cédula de ciudadanía: 72200409

Firma:

de Barranquilla

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Dianis Sofía Seña Martínez
Cédula de ciudadanía: 1063154256
Teléfono: 3152368709

Firma:

de Lorica-Córdoba

Correo electrónico: dianissafia-sm@hotmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Ana Mercedes Bello
Cédula de ciudadanía:
Teléfono: 3184627918

Firma:

de

Correo electrónico: ambello@yahoo.com